

Pilotażowe badanie zachowań zdrowotnych i osobowości typu A wśród studentów wychowania fizycznego

dr Aleksandra Rogowska

Politechnika Opolska

Słowa kluczowe: zachowania zdrowotne, alkohol, narkotyki, styl życia studentów, Wzór Zachowania A/B, wychowanie fizyczne

Streszczenie: Zdrowy styl życia jest jednym z czynników zapobiegających występowaniu wielu chorób cywilizacyjnych. Zachowania prozdrowotne powinny być kształtowane od najwcześniejszych lat, zarówno w środowisku rodzinnym, jak i szkolnym. Funkcję promotorów zdrowia pełnią obecnie nauczyciele wychowania fizycznego. W niniejszych badaniach poddano analizie wzorce zachowań zdrowotnych studentów wychowania fizycznego, którzy w przyszłości będą modelować zdrowy styl życia swoich wychowanków. Wyniki wskazują, iż studenci wychowania fizycznego przejawiają raczej zachowania antyzdrowotne, szczególnie w odniesieniu do nawyków żywieniowych i zachowań profilaktycznych, jak również do używania alkoholu i narkotyków. W porównaniu ze studentami socjologii prezentują oni wyższy poziom wzoru zachowania A, co może się wiązać z podwyższonym ryzykiem wystąpienia choroby niedokrwiennej serca. Płeć, kierunek studiów i stopień zażywania substancji psychoaktywnych wydają się nie wpływać na zachowania zdrowotne. Natomiast największą przeszkodą w prowadzeniu zdrowego stylu życia przez studentów okazał się pośpiech. Konieczne jest dalsze prowadzenie badań nad zachowaniami zdrowotnymi studentów i objęcie ich działaniami profilaktycznymi na terenie uczelni wyższych.

Wprowadzenie

Zachowania zdrowotne to „reaktywne, nawykowe i/lub celowe formy aktywności człowieka, które pozostają – na gruncie wiedzy obiektywnej o zdrowiu i subiektywnego przekonania – w istotnym, wzajemnym związku ze zdrowiem” [1]. Do zachowań zdrowotnych zalicza się więc zarówno zachowania prozdrowotne, jak i antyzdrowotne. Zachowania prozdrowotne „to zespół działań, podejmowanych przez osobę zdrową, których celem jest zapobieganie rozwojowi chorób” [2]. Zachowania te obejmują celowe i intencjonalne czynności zdrowotne, jak i nawyki zdrowotne, będące wynikiem procesów

socjalizacyjnych i wpływów kulturowych [3]. Do zachowań prozdrowotnych zalicza się zdrową dietę, prawidłową regulację wagi ciała, odpowiedni poziom aktywności fizycznej i odpoczynku (relaks, sen), radzenie sobie ze stresem, dbałość o więzi społeczne, higienę psychiczną i higienę ciała, zachowania profilaktyczne, lecarskie badania kontrolne i przestrzeganie zaleceń lecarskich [3].

Do zachowań niekorzystnych dla zdrowia zalicza się ryzykowną jazdę samochodem, niebezpieczne zachowania seksualne, palenie tytoniu, nadmierne picie alkoholu oraz używanie substancji toksycznych i psychoaktywnych [3]. Długotrwałe picie dużych ilości alkoholu (powyżej 40 ml dziennie) może się przyczyniać do rozwoju chorób układu krążenia, schorzeń wątroby czy nowotworów (szczególnie w obrębie układu pokarmowego). Częste upijanie się prowadzi do uzależnienia, co przynosi szkody nie tylko w sferze somatycznej, ale również w sferze społecznej czy emocjonalnej i prowadzi do degradacji osobowości [4]. Nadużywanie alkoholu jest główną przyczyną 9% zachorowań i zgonów w krajach europejskich [5]. Okresem najwyższego ryzyka uzależnienia od alkoholu jest wiek w przedziale 10–24 lata [6]. W wielu przypadkach niewinne picie alkoholu przy okazji imprez studenckich prowadzi do uzależnienia.

Również narkotyki wyrządzają szkody dla zdrowia w sferze somatycznej, psychicznej i społecznej. Uzależnienie od substancji psychoaktywnych wiąże się z dążeniem do stałego kontaktu ze szkodliwą substancją, co w konsekwencji prowadzi do uszkodzeń narządów wewnętrznych (np. wątroby, układu nerwowego) bądź upośledzenia w ich funkcjonowaniu, jak również do zaburzeń psychicznych, takich jak zaburzenia w sferze procesów poznawczych (uwagi, percepcji i pamięci), halucynacje, paranoje, symptomy psychotyczne, co w efekcie nierzadko przyczynia się do powstawania zaburzeń nastroju (depresja, mania), nerwicowych, osobowości czy schizofrenii [7].

Okres studiowania jest związany z podwyższonym ryzykiem nadmiernego picia alkoholu i zażywania narkotyków. Jak wynika z raportu Sierosławskiego [8], przeprowadzonego wśród 1545 studentów 71 polskich uczelni, 94% studentów piło alkohol w ciągu ostatniego roku przed badaniem, a 87% badanych – w ciągu ostatnich 30 dni. Regularnie (ponad 40 razy w ciągu ostatniego roku) pije piwo 30%, wino – 5%, a wódkę – 7% studentów. Nadmierne picie alkoholu, czyli spożywanie dużych ilości przy jednej okazji, dotyczy 11% studentów w odniesieniu do picia piwa (ponad 2 litry), 7% – w odniesieniu do wina (powyżej 750 gram) i 27% studentów – w odniesieniu do napojów spirytusowych (powyżej 250 gram). Mężczyźni piją znacząco częściej i więcej alkoholu aniżeli kobiety. W czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem 21% studentów przyznało się do palenia marihuany, 4% do zażywania amfetaminy, 3% do zażywania ecstasy, a 2% do stosowania leków nasennych i uspokajających bez wskazań lekarza. Pozostałe substancje psychoaktywne (np. substancje wziewne, LSD, grzyby halucynogenne, kokaina,

heroina i sterydy) nie przekroczyły progu 1% użytkowników w odniesieniu do wszystkich badanych studentów.

Rogowska [9] badała związki między stylem picia a zachowaniami zdrowotnymi w grupie 139 studentów kierunków technicznych politechniki. Analiza stylu picia alkoholu była przeprowadzona z wykorzystaniem skali 5 pytań pochodzących z ankiety „Studenci 2004” [8], a do analizy zachowań zdrowotnych posłużył kwestionariusz o nazwie Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) [10]. Wśród badanych studentów było jedynie 8% abstynentów w ciągu ostatniego roku przed badaniem, a tylko 11% nie piło żadnego rodzaju alkoholu w ciągu ostatniego miesiąca przed badaniem. Studenci najczęściej pili piwo, w znacząco mniejszym stopniu wódkę, a najrzadziej – wino. Wyniki badań wykazały słabą korelację ujemną pomiędzy piciem alkoholu a zachowaniami profilaktycznymi i praktykami zdrowotnymi oraz ogólnym wynikiem IZZ. Skala zdrowego odżywiania i pozytywnych nastawień psychicznych nie wykazały żadnych związków ze skalą picia alkoholu. Zasadniczo, poziom zachowań zdrowotnych badanych studentów był nieco niższy od populacji osób dorosłych, uczestniczących w badaniach normalizacyjnych [10].

Badania dowodzą, że pomiędzy różnymi zachowaniami zdrowotnymi, takimi jak: aktywność fizyczna, zdrowa dieta, pozytywne i optymistyczne nastawienie do życia, zachowania profilaktyczne oraz praktyki zdrowotne, zapobiegające powstawaniu chorób, istnieją słabe korelacje [5, 10]. W badaniach Romanowskiej-Tołłoczko studenci AWF, w porównaniu z grupą studentów politechniki i uniwersytetu, wykazywali wyższe poziomy samooceny w odniesieniu do własnego zdrowia, co przejawiało się przede wszystkim w wyższych wskaźnikach aktywności fizycznej, regularnego snu i jedzenia. Jakkolwiek, badania te wykazały jednocześnie, że studenci AWF pili znacząco więcej alkoholu od studentów pozostałych uczelni [11]. Rogowska porównywała grupę 124 studentów Wydziału Wychowania Fizycznego i Fizjoterapii (WWFIF), studiujących na kierunku wychowania fizycznego oraz turystyki i rekreacji, z grupą 124 studentów kierunków technicznych politechniki (na kierunkach: informatyka oraz elektrotechnika i telekomunikacja), pod względem zażywania substancji psychoaktywnych. Okazało się, że studenci WWFIF prezentowali wyższe wskaźniki picia alkoholu oraz zażywania narkotyków od studentów innych kierunków [12].

Również Szczerbiński i Karczewski przeprowadzili analizę zachowań antyzdrowotnych na AWF, porównując grupę studiującą wychowanie fizyczne ze studentami turystyki i rekreacji [13]. W obu grupach 100% studentów wykazało nadmierne spożywanie alkoholu. Płeć okazała się różnicować poszczególne kierunki w odniesieniu do kobiet: w przypadku studentek turystyki odnotowano wyższe wskaźniki spożywania alkoholu od studentek wychowania fizycznego (WF). Wykazano również, że studenci

WF, podobnie jak studenci turystyki, odżywiają się nieprawidłowo, z niewielkimi tylko różnicami w odniesieniu do niektórych zachowań żywieniowych [14].

Poszukując związków między zachowaniami zdrowotnymi a innymi typami zachowań, Friedman i Rosenman odkryli istnienie specyficznych typów osobowości, zwanych Wzorem Zachowania A (WZA) i Wzorem Zachowania B (WZB) [15]. Częstsze występowanie zawału serca odnotowano u osób z tendencją do „zdobywania jak najwięcej celów (często niejasno sprecyzowanych) w jak najkrótszym czasie” [5, 10]. I tak WZA charakteryzuje się nadmierną rywalizacją, połączoną z silną potrzebą osiągnięć i dominacji, wysoką samokontrolą i agresywnością, częstym przeżywaniem i tłumieniem gniewu, wrogości czy frustracji, jak również stałym poczuciem presji czasu i nadmiernym poczuciem odpowiedzialności [16]. Częste doświadczanie stresu i negatywnych emocji prowadzi do zwiększonego ryzyka występowania choroby wieńcowej, chorób układu pokarmowego i oddechowego, chorób zakaźnych, a nawet raka. Z kolei osoby prezentujące WZB cechuje optymizm, poczucie koherencji, przekonanie o kontrolowaniu swojego życia, umiejętne radzenie sobie ze stresem, zaangażowanie i spostrzeganie wydarzeń stresujących jako wyzwania, jak również utrzymywanie dobrych relacji z otoczeniem społecznym. Czynniki te zmniejszają ryzyko występowania chorób cywilizacyjnych i determinują zdrowy styl życia [7, 17].

W tej perspektywie wydało się interesujące przeanalizowanie związków pomiędzy osobowością typu A/B a zachowaniami prozdrowotnymi i antyzdrowotnymi w grupie studentów WF. Zgodnie z obowiązującą podstawą programową w szkole podstawowej, aktualni studenci WF będą w przyszłości (jako nauczyciele) prowadzić zajęcia z edukacji zdrowotnej [18]. Jako promotorzy zdrowego stylu życia powinni oni stanowić dobry wzór do naśladowania, aby modelować zachowania prozdrowotne swoich wychowanków [19, 20]. Względnie stałe wzorce zachowania, związane z osobowością typu B wydają się gwarantować prowadzenie prozdrowotnego stylu życia. Odwrotnie, WZA może być powiązany z antyzdrowotnymi zachowaniami w odniesieniu do diety, nastawień psychicznych, zachowań profilaktycznych, praktyk zdrowotnych, nadużywania alkoholu i substancji psychoaktywnych. Główne pytania badawcze w niniejszej pracy dotyczyły następujących zagadnień:

1. Jaki jest wzór zachowań zdrowotnych i osobowości typu A/B wśród studentów reprezentujących wychowanie fizyczne?
2. Czy kierunek studiów i płeć różnicują studentów pod względem zachowań zdrowotnych, WZA, picia alkoholu oraz zażywania substancji psychoaktywnych?
3. Czy istnieją związki pomiędzy zachowaniami zdrowotnymi, osobowością typu A, piciem alkoholu i zażywaniem narkotyków przez studentów?

4. Czy zachowania zdrowotne studentów można przewidzieć na podstawie płci, wybranych kierunków studiowania, osobowości typu A oraz zażywania substancji psychoaktywnych?

Do badania powyższych kwestii wylosowano grupę studentów WF oraz socjologii, którzy odpowiadali na pytania kwestionariuszowe. Wyniki tych badań zostały następnie poddane analizom statystycznym, z zastosowaniem analizy korelacji Pearsona, testu *t*-Studenta dla prób niezależnych, testu χ^2 Pearsona, analizy wariancji ANOVA 1-czynnikowej z powtarzаныmi pomiarami, jak również analizy regresji wielokrotnej.

Uczestnicy

W badaniu uczestniczyło 74 studentów drugiego roku studiów I stopnia polskiej uczelni wyższej w wieku 23 lat ($M = 23,23$; $SD = 4,09$; zakres wieku: 19–41 lat). Wśród osób badanych było 40 kobiet (54%) i 34 mężczyzn (46%). Osoby badane reprezentowały dwa kierunki studiów: wychowanie fizyczne ($n = 27$; 36%) i socjologię ($n = 47$; 64%). Badani studenci w większości mieszkali w domu rodzinnym (81%), a ich rodzice prezentowali na ogół wykształcenie zawodowe (50% ojców i 33% matek) i średnie (23% ojców i 35% matek). Mniej niż połowa badanych ($n = 35$; 47%) deklarowała, że dochody wystarczają na więcej niż podstawowe potrzeby.

Procedura badań

Badania przeprowadzono na uczelni wyższej z terenu południowej Polski, w trakcie trwania zajęć dydaktycznych, za zgodą prowadzących, po wcześniejszym uzgodnieniu terminu. Do badań wylosowano dwie grupy studentów 2. roku studiów, reprezentujące dwa kierunki studiów: WF i socjologię. Studenci zostali powiadomieni o celu badania; uczestnictwo było dobrowolne. Badanie trwało 20 minut; w tym czasie studenci wypełniali kwestionariusze samooceny. Badania były przeprowadzone za zgodą Komisji Bioetycznej, działającej przy Opolskiej Izbie Lekarskiej. Na podstawie zebranego materiału przeprowadzono analizy statystyczne, z zastosowaniem programu Statistica 8.

Materiał

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych. Do badania zachowań związanych ze zdrowym stylem życia zastosowano kwestionariusz IZZ Zygfrieda Juczyńskiego (2009). Składa się z 25 stwierdzeń, opisujących rozmaite zachowania związane ze zdrowiem, do których badany ustosunkowuje się, zaznaczając na 5-stopniowej skali częstotliwość danego zachowania (1 – prawie nigdy, 2 – rzadko, 3 – od czasu do czasu, 4 – często, 5 – prawie zawsze). Wyniki są skategoryzowane w 4 skalach, mierzących poszczególne aspekty zachowań zdrowotnych: Pozytywne Nastawienia Psychiczne (PNP), Zachowania Profilaktyczne

(ZP), Prawidłowe Nawyki Żywieniowe (PNŻ) oraz Praktyki Zdrowotne (PZ). Oprócz średnich wyników w danej skali brany jest pod uwagę również wynik ogólny IZZ jako suma wszystkich wyników z poszczególnych skal.

Autor kwestionariusza podaje wystarczającą rzetelność dla wyniku ogólnego IZZ ($\alpha = 0,85$), oraz dla poszczególnych skal (wskaźnik *alfa* Cronbacha wahał się od 0,60 do 0,65) [10]. W niniejszych badaniach zgodność wewnętrzną wynosiła (*alfa* Cronbacha) 0,88 dla wyniku ogólnego IZZ, oraz 0,74, 0,67; 0,73 i 0,59 odpowiednio dla skal: PNŻ, ZP, PNP i PZ.

Osobowość Typu A. Do badania wzoru zachowania wykorzystano Skalę Typu A-Framingham. Kwestionariusz samopisu składa się z 10 stwierdzeń dotyczących typowych cech i właściwości osoby badanej, jak również odczuć przeżywanych w ciągu typowego dnia w pracy. Osoba badana określa zgodność z danym stwierdzeniem za pomocą skali 4-stopniowej („zdecydowanie tak”, „raczej tak”, „raczej nie” i „zdecydowanie nie”) w 5 pierwszych pozycjach kwestionariusza, a w następnych 5 jedynie odpowiada „tak” lub „nie”. Wyniki są przydzielane do 2 skal: Pośpiechu i Rywalizacji, które wchodzi również w skład uśrednionego wyniku ogólnego dla całej skali. Ogólny wysoki wynik Skali Typu A wskazuje, że dana osoba prezentuje WZA, co może być predyktorem wystąpienia u niej choroby niedokrwiennej serca, natomiast niski wynik charakteryzuje zdrową osobowość (Typu B). Juczyński podaje rzetelność (*alfa* Cronbacha) w odniesieniu do grupy 115 osób w różnym wieku $\alpha = 0,62$ [10]. W niniejszych badaniach ($N = 74$) Skala Typu A uzyskała wskaźnik zgodności wewnętrznej $\alpha = 0,43$ dla wyniku ogólnego (średni wynik z wszystkich 10 pozycji kwestionariusza), $\alpha = 0,45$ dla Skali Pośpiechu oraz $\alpha = 0,41$ dla Skali Rywalizacji.

Zażywanie Substancji Psychoaktywnych. Do analizy zażywania substancji psychoaktywnych przez studentów zastosowano samoopisowy kwestionariusz ankietowy, opracowany przez Pracownię Badań Społecznych w Sopocie „Studenci 2004”, w ramach programu „Uczelnie Wolne od Uzależnień”. Ankieta była wykorzystana w 2004 roku do badania stopnia zażywania substancji psychoaktywnych przez studentów różnych uczelni na terenie całej Polski [8]. Do Skali Picia Alkoholu przez Studentów (SPAS) wybrano 5 pytań z tejże ankiety. Pytania te odnoszą się do częstości i ilości alkoholu (piwa, wina i napojów spirytusowych), wypijanego w ciągu ostatniego roku i ostatniego miesiąca przed ankietowaniem. Osoba badana zaznacza na skali 5–7-stopniowej stopień natężenia picia alkoholu. Wyniki są następnie sumowane w taki sposób, że wysoki wynik ogólny skali wskazuje na nadmierne picie, zagrażające zdrowiu, jak również wskazuje na podwyższone prawdopodobieństwo uzależnienia od alkoholu. Skala Picia Alkoholu przez Studentów (SPAS) wykazuje w niniejszych badaniach wysoką zgodność wewnętrzną, uzyskaną za pomocą wskaźnika *alfa* Cronbacha ($\alpha = 0,88$).

Wykorzystano również jedno pytanie ankiety PBS „Studenci 2004” odnoszące się do zażywania narkotyków w ciągu ostatniego roku przed badaniem. Osoba wskazywała, czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zażywała którykolwiek z następujących środków psychoaktywnych: substancje wziewne (np. kleje, rozpuszczalniki), marihuana lub haszysz, amfetamina (*speed*), ecstazy, LSD, grzyby halucynogenne, crack, heroina (w tym *brown sugar*), tzw. polska heroina („kompot”), kokaina, sterydy anaboliczne, wydawane na receptę leki nasenne i uspokajające (używane bez wskazań medycznych) lub inne substancje (nie wykazane powyżej). W niniejszej grupie studentów 22 osoby (30%) potwierdziły zażywanie substancji psychoaktywnych, w tym 21 osób (28% wszystkich badanych) wskazało marihuane.

Wyniki i dyskusja

Statystyki opisowe

Wyniki średnie (M), odchylenia standardowe (SD), normalność rozkładu mierzona testem Kolmogorova-Smirnova ($K-S d$) oraz współczynniki korelacji r Pearsona dla poszczególnych skal IZZ, Skali Typu A, jak również dla wyniku ogólnego SPAS, prezentuje tabela 1. Rozkład wyników we wszystkich skalach dla wszystkich badanych, jak również z podziałem na grupy ze względu na płeć i kierunek studiów był zgodny z rozkładem normalnym, dlatego też zastosowano testy parametryczne do dalszych analiz.

Zgodnie z założeniami, poszczególne skale IZZ okazały się silnie ze sobą skorelowane [10]. Również wszystkie Skale Typu A są ze sobą nawzajem wysoko skorelowane. Ponadto, ogólny wynik IZZ i skala PNŻ korelują ujemnie z Typem A oraz ze Skalą Pośpiechu. Ta ostatnia dodatkowo koreluje ujemnie ze wszystkimi pozostałymi skalami IZZ, mianowicie ze skalami ZP, PNP i PZ. Może to oznaczać, że wysoka presja czasu stanowi główną przeszkodę dla prozdrowotnego stylu życia studentów. Rzeczywiście, brak czasu był głównym powodem nieregularnego odżywiania się wrocławskich studentów AWF i Uniwersytetu Ekonomicznego, jak wskazują inne badania [21].

Niniejsze wyniki różnią się od badań Nowickiego i wsp. [22], w których analizowano związki między typem A osobowości a zachowaniami zdrowotnymi, mierzonymi na skali IZZ, wśród 150 osób pracujących w wieku 22–62 lat. Najwyższe poziomy nasilenia WZA, szczególnie w odniesieniu do Skali Pośpiechu, stwierdzono u osób w przedziale wiekowym 31–50 lat. W badaniach tych ogólny WZA korelował dodatnio z PNŻ, a ujemnie z PNP. Istotna statystycznie okazała się również ujemna korelacja między Skalą Rywalizacji a ogólnym wynikiem IZZ. Być może w ciągu życia następują zmiany dotyczące prozdrowotnego stylu życia bądź różnice między studentami a osobami pracującymi są związane z różnicami międzypokoleniowymi. Kwestie te powinny być brane pod uwagę w przyszłych badaniach.

Tabela 1. Statystyki opisowe dla poszczególnych skal IZZ, Typ A, SPAS (N = 74)

Skale	M	SD	K-Sd	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1. IZZ	3,04	,69	,10	,85***	,83***	,83***	,79***	-,24*	-,42***	-,04	-,12
2. PNŻ	3,04	,75	,10		,63***	,51***	,65***	-,27*	-,43***	-,07	-,14
3. ZP	2,89	,66	,08			,70***	,45***	-,23	-,33**	-,08	-,15
4. PNP	3,40	,64	,08				,56***	-,17	-,28*	-,04	-,10
5. PZ	3,18	,69	,11					-,15	-,36**	,06	-,01
6. Typ A	,48	,24	,11						,87***	,90***	,10
7. P	,58	,27	,13							,59***	,03
8. R	,39	,27	,13								,16
9. SPAS	30,03	10,88	,06								

*p < ,05; **p < ,01; ***p < ,001

W niniejszych badaniach skala picia alkoholu nie wykazała żadnej istotnej statystycznie korelacji z żadną ze skal Typu A czy IZZ. Za pomocą testu χ^2 Pearsona przeprowadzono również analizę związków między zażywaniem narkotyków w ciągu ostatniego roku przed badaniem a typem A/B osobowości [$\chi^2(1) = ,04$; $p = ,84$], oraz zachowaniami zdrowotnymi (powyżej/poniżej średnich wyników) w poszczególnych skalach IZZ: PNŻ [$\chi^2(1) = ,02$; $p = ,88$], ZP [$\chi^2(1) = 1,89$; $p = ,17$], PNP [$\chi^2(1) = ,44$; $p = ,51$], PZ [$\chi^2(1) = 1,75$; $p = ,19$], wynik ogólny IZZ [$\chi^2(1) = ,03$; $p = ,88$]. Żadne korelacje nie przekroczyły wymaganego poziomu istotności, co wskazuje na brak związków między zażywaniem narkotyków a pozostałymi zmiennymi.

Wyniki te są zaskakujące, biorąc pod uwagę dotychczasowe badania. Jak wskazuje Wrześniewski, osoby typu A są bardziej podatne na stres, gorzej się odżywiają i piją więcej alkoholu [23]. Być może aktualny wynik wiąże się ze studenckim stylem życia. Od wieków życie studenckie kojarzone jest z nadmiernym picciem alkoholu i zjawisko to zdaje się dotyczyć niemal wszystkich studentów. Wynika to z faktu, iż młodzi dorośli czują się wyzwoleni spod kontroli rodziców i eksperymentują bez ograniczeń z różnymi substancjami psychoaktywnymi [9, 12]. Sprzyja temu wspólne mieszkanie z innymi studentami w akademikach i mieszkaniach studenckich. Lipka-Nowak i Dudek przeprowadziły badania kwestionariuszowe dotyczące zachowań zdrowotnych, w grupie 132 studentów wychowania fizycznego AWF w Krakowie. Okazało się, że abstynencja dotyczy zaledwie 13% badanych, podczas gdy aż 60% studentów pije alkohol „od czasu do czasu” [24].

Różnice międzygrupowe

Ponieważ wszystkie skale IZZ oraz Typu A, jak również SPAS wykazały w poszczególnych grupach studentów normalny rozkład wyników (tab. 1), mierzony za pomocą testu Kolmogorova-Smirnova ($K-S d$), zastosowano test t -Studenta do oszacowania różnic pomiędzy studentami reprezentującymi płeć (kobiety – K, mężczyźni – M) oraz poszczególne kierunki studiów (wychowanie fizyczne – WF, socjologia – S). Wyniki przedstawione są w tabeli 2.

Tabela 2. Wyniki testu t -Studenta dla różnic między kobietami (K) i mężczyznami (M) oraz pomiędzy studentami wychowania fizycznego (WF) i socjologii (S), pod względem poszczególnych skal IZZ, Typu A i SPAS

Skale	K (n = 40)		M (n = 34)		t(39)	WF (n = 27)		S (n = 47)		t(39)
	M	SD	M	SD		M	SD	M	SD	
1. IZZ	3,25	,50	3,03	,64	1,67	3,17	,61	3,11	,51	,46
2. PNŻ	3,21	,61	2,83	,74	2,45*	2,96	,67	3,08	,71	-,68
3. ZP	3,01	,68	2,76	,81	1,40	2,91	,64	2,88	,81	,16
4. PNP	3,44	,57	3,35	,76	,54	3,36	,63	3,42	,69	-,40
5. PZ	3,22	,61	3,13	,68	,56	3,14	,64	3,20	,65	-,36
6. Typ A	,47	,24	,49	,24	-,32	,56	,24	,44	,23	2,13*
7. P	,57	,27	,60	,26	-,61	,65	,26	,55	,27	1,60
8. R	,39	,27	,39	,27	-,04	,48	,27	,34	,26	2,20*
9. SPAS	25,55	8,86	35,29	10,77	-4,27***	33,07	11,84	28,28	10,00	1,86

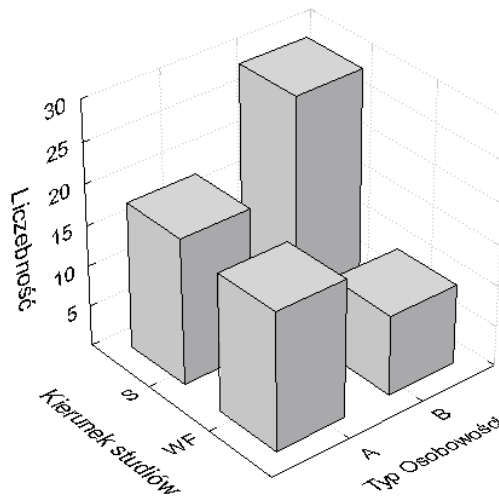
* $p < ,05$; *** $p < ,001$

Kobiety uzyskały wyższe wskaźniki prawidłowych nawyków żywieniowych od mężczyzn, co wydaje się zgodne z dotychczasowymi wynikami badań, które wskazują, że kobiety częściej i chętniej podejmują działania związane z profilaktyką prozdrowotną niż mężczyźni [2]. Potwierdzenie tej reguły można znaleźć również w wynikach badań normalizacyjnych, na podstawie których opracowano inne normy dla kobiet i mężczyzn [10]. Niniejsze badania wskazują również, że kobiety piją znacząco mniej alkoholu od mężczyzn, co jest też zgodne z wynikami poprzednich badań [8, 9].

Studenci wychowania fizycznego prezentują wyższe nasilenie typu A osobowości i rywalizacji w porównaniu ze studentami socjologii, jak wskazuje analiza testu t -Studenta. Również analiza testu χ^2 potwierdziła niniejszy wzorec. Zdecydowanie więcej przedstawicieli osobowości typu B jest wśród studentów socjologii; natomiast wśród studentów wychowania fizycznego przeważa WZA [$\chi^2(1) = 4,19$; $p = ,04$] (ryc. 1). Studenci WF często uczestniczą w zawodach i rozgrywkach sportowych, w których występuje ostra rywalizacja. Rywalizacja jest jednym z najważniejszych wyznaczników

wysokich osiągnięć sportowych, dlatego też jej wysoki poziom u studentów WF wydaje się w pełni uzasadniony.

Rycina 1. Związek między kierunkiem studiów a typem osobowości



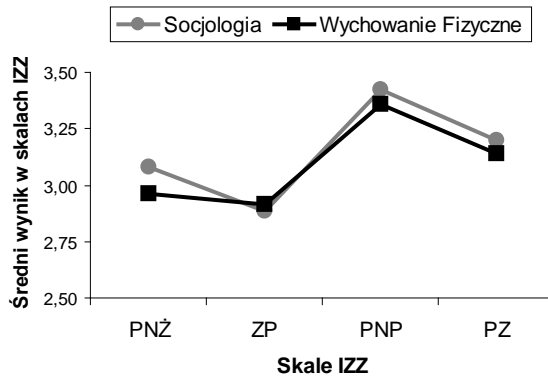
Test 2×2 Chi^2 nie wykazał natomiast związków pomiędzy zażywaniem narkotyków (Tak – zażywał, Nie – nie zażywał) w ciągu ostatnich 12 miesięcy a kierunkiem studiowania (WF, socjologia) [$\chi^2(1) = 1,09; p = .23$]. Również picie alkoholu nie różnicuje znacząco studentów socjologii i WF. Jest to niezgodne z wcześniejszymi wynikami badań Rogowskiej [12] i Romanowskiej-Tołłoczko [11], w których studenci aktywni fizycznie demonstrowali istotnie wyższe wskaźniki picia alkoholu od studentów innych kierunków. Być może aktualny wynik wiąże się z faktem, że nadmierne picie alkoholu przez studentów WF wynika z ich dużej aktywności towarzyskiej i częstego organizowania imprez [12]. Podobne okoliczności mogą dotyczyć studentów socjologii. Można mianowicie zakładać, iż wybór kierunku studiów przez studentów socjologii był zgodny z ich prospołecznymi zainteresowaniami, co może się wiązać z aktywnym życiem towarzyskim i częstym imprezowaniem. Niemniej jednak dla wyjaśnienia tych kwestii konieczne jest prowadzenie dalszych badań wśród studentów różnych kierunków studiów, z analizą zarówno częstości, jak i motywów czy okoliczności picia alkoholu.

Struktura zachowań zdrowotnych i typu osobowości studentów

Do oceny wzorca zachowań zdrowotnych studentów WF i S wykorzystano analizę wariancji ANOVA 1-czynnikowa z powtarzanymi pomiarami. Wielokrotne porównania

zmienności wewnątrz- i międzygrupowej wykazały istotny efekt dla IZZ jedynie w odniesieniu do różnic między poszczególnymi skalami [$F(3,216) = 15,43, p < ,0000$]. Test *post-hoc* NIR wykazał, że zarówno skala PNP, jak i skala PZ różnią się istotnie statystycznie od wszystkich innych skal IZZ, natomiast skale PNŻ i ZP nie różnią się od siebie znacząco (ryc. 2).

Rycina 2. Porównanie wyników w poszczególnych skalach IZZ pomiędzy grupami studentów reprezentujących różne kierunki studiów



Analiza wariancji nie wykazała istotnych różnic pomiędzy studentami WF i S [$F(1,72) = ,14, p = ,71$], ani efektu interakcji między zmiennymi [$F(3,216) = ,31, p < ,82$]. Ponadto, średnie wyniki studentów we wszystkich skalach IZZ oscylują wokół 3 stenu, co wskazuje na niski poziom zachowań zdrowotnych. Również Michalik i Wotitas-Ślubowska wykazali, że studenci WF prowadzą niezdrowy styl życia, szczególnie w odniesieniu do sposobu żywienia, niewystarczającego poziomu aktywności fizycznej oraz braku odpowiedniej ilości snu. Autorzy konkludują, że promowanie prozdrowotnego stylu życia powinno stanowić ważną i integralną część procesu dydaktyczno-wychowawczego uczelni [25].

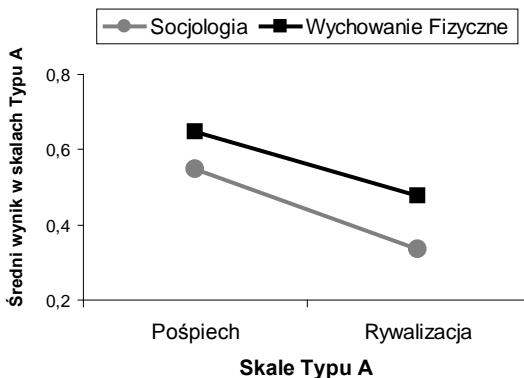
Wydaje się, że antyzdrowotne zachowania wśród studentów stanowią raczej regułę. Badania Pawłowskiego [26] wskazują, że studenci uniwersytetu w ogólnej samoocenie wyrażają przekonanie, że prowadzą zdrowy tryb życia, chociaż często nadużywają alkoholu, palą papierosy, nie śpią regularnie, nie uprawiają rekreacji fizycznej, niemal połowa nie je regularnie posiłków, a częstymi przekąskami są słodczyce. Baran i Stocka porównywały studentów zdrowia publicznego i informatyki pod względem zachowań zdrowotnych. Chociaż studenci zdrowia publicznego osiągnęli ogólnie wyższe wskaźniki na skalach IZZ od studentów informatyki, to różnice te nie były istotne statystycznie [27].

Inne badania z zastosowaniem IZZ wykazały, że studenci kierunków medycznych, mimo świadomości wpływu stylu życia na zdrowie i wysokich wskaźników wewnętrznej kontroli zdrowia, prezentują ogólnie niski poziom zachowań prozdrowotnych [28]. Również Ślusarska wykazała, że studenci Wydziału Lekarskiego, prowadzą często nieregularny tryb życia, demonstrują raczej niską aktywność fizyczną, pojawiają się nałogi i błędy żywieniowe, dotyczące głównie źle zbilansowanej diety [29].

Porównując poszczególne skale IZZ w niniejszych badaniach wykazano, że najwyższy poziom zachowań zdrowotnych dotyczy prawidłowych nastawień psychicznych. Na drugim miejscu, w znacząco mniejszym stopniu, studenci stosują praktyki zdrowotne. Zachowania profilaktyczne i prawidłowe nawyki żywieniowe znajdują się na najniższej, trzeciej pozycji. Wzorec ten wydaje się odbiegać od zachowań deklarowanych przez studentów WF i zdrowia publicznego w Białej Podlaskiej, jak wynika z badań ankietowych Kubińskiej i Bergier z zastosowaniem pytań otwartych [19]. Zdrowe żywienie i systematyczna aktywność fizyczna to najważniejsze zachowania zdrowotne praktykowane przez badanych, które służą przede wszystkim zdrowiu fizycznemu. Inne wymiary zdrowia, takie jak psychiczne, społeczne czy duchowe, w ogóle nie były przez studentów wskazywane, co świadczy o niskiej świadomości zachowań profilaktycznych w tych dziedzinach życia. Być może różnice między wzorcami zachowań zdrowotnych uzyskanymi w badaniach niniejszych oraz Kubińskiej i Bergier (2013) wynikają z różnic w zastosowanej metodzie badań. Dla porównania wyników obu metod konieczne byłoby przeprowadzenie w przyszłości badań z zastosowaniem IZZ oraz ankiety z pytaniami otwartymi w tej samej grupie osób.

Analizie poddano również wzorec osobowości studentów socjologii i WF. Analiza wariancji Anova 1-czynnikowa z powtarzanimi pomiarami wykazała istotny efekt główny dla różnic pomiędzy poszczególnymi skalami Typu A [$F(1,72) = 41,99$, $p < ,0000$], jak również pomiędzy grupami osób studiujących WF i S [$F(1,72) = 4,61$, $p = ,04$], jednakże bez efektu interakcji pomiędzy tymi zmiennymi [$F(1,72) = ,42$, $p = ,52$]. Studenci obu kierunków studiów demonstrowali wyższy poziom wyników w Skali Pośpiechu aniżeli w Skali Rywalizacji. Ponadto, studenci WF wykazali znacząco wyższe wyniki w obu skalach Typu A (P i R) od studentów socjologii. Wyniki te szczegółowo przedstawia rycina 3. Studenci WF uprawiają rozmaite dyscypliny sportowe, uczestnicząc w dodatkowych treningach i zawodach poza zajęciami na uczelni. Wymaga to ogromnego zaangażowania, dobrej organizacji w planie dnia, wysokiej systematyczności i sumienności. Może to wyjaśniać wyższy poziom zarówno w Skali Pośpiechu, jak i Rywalizacji.

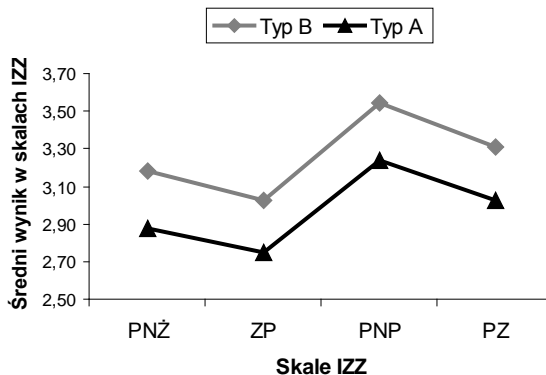
Rycina 3. Porównanie wyników w poszczególnych skalach WZA pomiędzy grupami studentów reprezentujących różne kierunki studiów



Związek między zachowaniami zdrowotnymi studentów a typem osobowości

Jak wskazuje analiza wariancji Anova 1-czynnikowa z powtarzаныmi pomiarami (ryc. 4), studenci o osobowości typu B prezentują istotnie statystycznie zdrowsze zachowania od studentów typu A [$F(1,72) = 5,12, p = ,03$]. Wynik ten znajduje potwierdzenie w literaturze przedmiotu. Dotychczasowe badania nad związkami między typem A osobowości a zachowaniami zdrowotnymi wykazały, że WZA wiąże się z niższą aktywnością fizyczną, stosowaniem niezdrowej diety i współwystępowaniem zespołu metabolicznego i jego składowych [30].

Rycina 4. Porównanie wyników w poszczególnych skalach IZZ pomiędzy grupami studentów reprezentujących osobowość typu A i B



Efekt główny okazał się istotny statystycznie również dla porównań między poszczególnymi skalami IZZ [$F(3, 216) = 17,02, p < ,0000$]. Test *post-hoc* NIR wykazał ponadto, że skala PNP różni się znacząco od wszystkich pozostałych skal IZZ, natomiast skala PZ różni się istotnie jedynie od skali ZP. Pomiędzy analizowanymi zmiennymi nie było efektu interakcji [$F(3, 216) = ,02, p < ,99$].

Determinanty zachowań zdrowotnych studentów

Do modelu standardowej regresji wielokrotnej, wykonanej dla wyniku ogólnego IZZ jako zmiennej objaśnianej, zostały włączone następujące zmienne objaśniające: kierunek studiów, płeć, skala picia alkoholu (SPAS), zażywanie substancji psychoaktywnych w ciągu ostatniego roku przed badaniem oraz dwie skale osobowości Typu A (P i R). Znaczącymi predyktorami zachowań zdrowotnych okazały się jedynie obie podskale WZA (tab. 3). Im wyższy wynik danej osoby na Skali Pośpiechu, tym mniej zdrowe zachowania ona prezentuje. Natomiast wyższy wynik na Skali Rywalizacji może być predyktorem wyższego wyniku IZZ. Model regresji wyjaśnia 28% zmienności ogółu IZZ [$R = ,53, R^2 = ,28, F(6,67) = 4,26, p < ,001$].

Tabela 3. Przewidywanie wyniku ogólnego IZZ studentów na podstawie płci, kierunku studiów, skali picia alkoholu (SPAS), zażywania substancji psychoaktywnych oraz Typu A osobowości w odniesieniu do skal: Pośpiechu i Rywalizacji (N = 74)

Predyktory IZZ	B	SE B	Beta	t(67)	p
Kierunek studiów	,02	,13	,01	,13	,895
Płeć	,02	,11	,02	,19	,850
SPAS	-,01	,01	-,13	-1,05	,299
Zażywanie narkotyków	-,12	,14	-,10	-,86	,395
Typ A-skala Pośpiechu	-1,38	,28	-,64	-4,91	,000
Typ A-skala Rywalizacji	,77	,28	,36	2,72	,008

Notka: Zmiennym dychotomicznym nadano następujące kody: kierunek studiów: S = 0, WF = 1; płeć: K = 0, M = 1; zażywanie substancji psychoaktywnych: Nie = 0, Tak = 1.

W badaniach Nowickiego zachowania antyzdrowotne były determinowane przynależnością do płci męskiej i wysokim wynikiem na skali rywalizacji WZA [22]. W niniejszych badaniach płeć okazała się nie wpływać na zachowania zdrowotne, podczas gdy antyzdrowoty styl życia był zdeterminowany wysokim wynikiem na Skali Pośpiechu i niskim na Skali Rywalizacji. Być może więc wysoka potrzeba osiągnięć, a co za tym idzie wysoki poziom rywalizacji (szczególnie w odniesieniu do sytuacji sportowych), wymusza stosowanie się do zasad zdrowego stylu życia oraz powstrzymywanie się

od zachowań szkodliwych dla zdrowia. Natomiast pośpiech stanowi istotną przeszkodę dla prowadzenia zdrowego stylu życia przez studentów.

Jest też prawdopodobne, że inne wzorce odnoszą się do badanych studentów, a inne do osób pracujących w średnim wieku [22]. Bishop oprócz determinantów społecznych i demograficznych, wpływających na zachowania zdrowotne, wymienia również czynniki sytuacyjne, percepcję objawów i determinanty psychologiczne [2]. Jak wskazuje Miśkowiec i wsp. „wzorce zachowań mogą ulec z czasem ewolucji, tak więc w wielu przypadkach osoba z WZA z upływem czasu przyjmuje odmienny wzór osobowości” [30]. Zmiany te mogą dotyczyć przede wszystkim młodości i lat średnich, kiedy zaangażowanie w pracę, w połączeniu z życiem rodzinnym, sprzyjają olbrzymiej liczbie stresorów.

Biorąc więc pod uwagę wpływ okoliczności na zachowania zdrowotne, wydaje się sensowne zakładać, że studenci prowadzą odmienny styl życia niż osoby pracujące, jednocześnie zaangażowane w życie rodzinne i wychowywanie dzieci. Rzeczywiście, badania wskazują, że zachowania zdrowotne o niekorzystnym wpływie na zdrowie częściej charakteryzują młodsze grupy wiekowe dorosłego życia niż w późniejszym jego okresie [29]. Dlatego też działania w ramach prewencji pierwotnej wśród młodzieży są szczególnie uzasadnione i mogą mieć kluczowe znaczenie w zapobieganiu wielu chorobom cywilizacyjnym, w tym niedokrwiennej chorobie serca, która wiąże się z osobowością typu A.

Podsumowanie

Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, że studenci WF, podobnie jak studenci socjologii, przejawiają ogólnie niski poziom zachowań prozdrowotnych. Najwyższy poziom tych zachowań dotyczy prawidłowych nawyków psychicznych, a najniższy – odżywiania i zachowań profilaktycznych. Zachowaniom antyzdrowotnym towarzyszy częste nadużywanie alkoholu i substancji psychoaktywnych. Wyniki badań wskazują, że zachowania zdrowotne nie są zdeterminowane płcią, kierunkiem studiów czy zażywaniem substancji, takich jak alkohol i narkotyki. Chociaż ogólny wynik WZA nie odbiegał od normy, studenci WF wykazali wyższe natężenie typu A osobowości od studentów socjologii, szczególnie w odniesieniu do Skali Pośpiechu. Presja czasu wydaje się stanowić główną przeszkodę w prowadzeniu zdrowego stylu życia, natomiast rywalizacja zdaje się sprzyjać zachowaniom prozdrowotnym. Zgodnie z oczekiwaniami typ B osobowości wiąże się ze zdrowszym stylem życia aniżeli WZA. Konieczne są dalsze badania nad zachowaniami zdrowotnymi i ich determinantami wśród młodzieży studiującej. Działania profilaktyczne powinny być prowadzone systematycznie w szkołach wyższych, szczególnie w odniesieniu do studentów WF i kierunków medycznych, którzy w przyszłości będą promotorami i propagatorami zdrowego stylu życia.

Bibliografia

1. Sęk H., *Zdrowie behawioralne*. [W]: Strelau J. (red.) *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 3, GWP, Gdańsk 2000: 533–552.
2. Bishop G., *Psychologia zdrowia*, Astrum, Wrocław 2000.
3. Heszen I., Sęk H., *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
4. Sheridan Ch.L., Radmacher S.A., *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*, Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa 1998.
5. Ogińska-Bulik N., Juczyński Z., *Osobowość stres a zdrowie*, Difin, Warszawa 2010.
6. Woronowicz B., *Alkoholizm jest chorobą*, PARPA, Warszawa 1998.
7. Seligman M.E.P., Walker E.F., Rosenhan D.L., *Psychopatologia*, Zysk i S-ka, Poznań 2003.
8. Sierosławski J., *Raport z badania ankietowego na temat używania substancji psychoaktywnych przez studentów – „Studenci 2004”*, Warszawa 2004.
9. Rogowska A., *Wzór picia alkoholu a zachowania zdrowotne studentów*, Social and Historical Aspect of Care for Family. Eukrasia 2009, 11: 169–177.
10. Juczyński Z., *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Pracownia testów Psychologicznych, Warszawa 2009.
11. Romanowska-Tołłoczko A., *Styl życia studentów oceniany w kontekście zachowań zdrowotnych*, Hygeia Public Health 2011; 46 (1): 89–93.
12. Rogowska A., *Zagrożenie uzależnieniami studentów aktywnych fizycznie*. [W] Zawadzka B. (red.), *Uczestnictwo w kulturze fizycznej wyzwaniem naszych czasów*, Wszechnica Świętokrzyska, Kielce 2010: 319–329.
13. Szczerbiński R., Karczewski J., *Wybrane zachowania zdrowotne studentów Wyższej Szkoły Wychowania Fizycznego i Turystyki w Supraślu – palenie papierosów i spożywanie napojów alkoholowych*, Hygeia Public Health 2010; 45 (2): 185–188.
14. Szczerbiński R., Karczewski J., Maksymowicz-Jaroszuk J., *Wybrane zachowania zdrowotne studentów wyższej szkoły wychowania fizycznego i turystyki – zachowania żywieniowe*, Bromat. Chem. Toksykolo. 2011; 44 (3): 409–414.
15. Friedman M., Rosenman R. H., *Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings*, JAMA 1954; 169: 1286–1296.
16. Chodkiewicz J., *Psychologia zdrowia. Wybrane zagadnienia*, WSHE, Łódź 2005.
17. Wrześniewski K., *Psychologiczne uwarunkowania powstawania i rozwoju chorób somatycznych*. [W]: Strelau J. (red.) *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 3, GWP, Gdańsk 2000: 493–531.
18. Huk-Wieliczuk E., Marcinkowski J. T., *Uczelnie wyższe wychowania fizycznego wobec aktualnych potrzeb edukacji zdrowotnej*, Problemy Higieny i Epidemiologii 2009, 90(4): 470–476.

19. Kubińska Z., Bergier B., *Dbalność o zdrowie w opinii studentów wychowania fizycznego i zdrowia publicznego z uczelni w Białej Podlaskiej*, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2013, 19(3): 251–254.
20. Poczarska-Dec A., *Rola rodziców i nauczycieli wychowania fizycznego w kształtowaniu postaw prozdrowotnych*, Rozprawy Społeczne 2011; 1(5): 101–106.
21. Górka-Kłęk L., Meleszko K., Boerner E., *Prozdrowotne elementy stylu życia studentów Akademii Wychowania Fizycznego i Uniwersytetu Ekonomicznego*, Acta Bio-Optica et Informatica Medica 2011; 17(4): 268–270.
22. Nowicki G., Ślusarska B., Kulik T.B., Goniewicz M., *Czynniki psychospołeczne a wzór zachowania typu A oraz zachowania zdrowotne w prewencji ryzyka sercowo-naczyniowego wśród osób dorosłych*, Pol. Przegl. Kardiol. 2011; 13 (2): 82–88.
23. Wrześniewski K., *Styl życia a zdrowie. Wzór zachowania A*, Wydawnictwo PAN, Warszawa 1993.
24. Lipka-Nowak D., Dudek D., *Styl życia i uwarunkowania zachowań zdrowotnych studentów*, Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska 2005; 60 (supl. 16), 288D: 284–288.
25. Michalik M., Woitas-Ślubowska D., *Zachowania zdrowotne studentów wychowania fizycznego jako element ich przygotowania do prowadzenia edukacji zdrowotnej w szkołach*, Zdr. Publ. 2012; 122 (3): 246–250.
26. Pawłowski R., *Zachowania zdrowotne studentów I roku studiów a samoocena ich stylu życia*, Zdrowie – Kultura Zdrowotna – Edukacja. Perspektywa Społeczna i Humanistyczna 2008; 2: 117–124.
27. Baran A., Stocka A., *Kierunek studiów jako wyznacznik zachowań zdrowotnych*, Przegl. Med. Uniw. Med. 2008; 4: 326–331.
28. Naszydłowska E., Kozieł D., Trawczyńska M., *Ocena zachowań zdrowotnych młodzieży oraz ustalenie kierunków ich modyfikacji*, Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska 2003; 58 (supl. 13), 169D: 354–359.
29. Ślusarska B., Kulik T. B., Piasecka H., Pacian A., *Wiedza i zachowania zdrowotne studentów medycyny w zakresie czynników ryzyka sercowo-naczyniowego*, MONZ 2012; 18 (1): 19–26.
30. Miśkowiec D., Kwarta P., Witusik A., Pietras T., *Wzór zachowania typu A jako predyktor choroby niedokrwiennej serca – czy wciąż aktualny problem?*, Post. Psychiatr. Neurol. 2013; 22 (2): 129–136.