

GRZEGORZ NOWAK^{1, A, D–F}, ALEKSANDRA ŻELAZKO^{2, B, E, F}, DAMIAN NOWAK^{3, C, E, F},
MARTYNA WALICZEK^{3, C, E, F}, KRYSZYNA PAWLAS^{1, E, F}

Zależność między zachowaniami zdrowotnymi a poziomem stresu i występowaniem bezsenności oraz depresji u studentów zdrowia publicznego

Relationship Between Health Behavior Patterns and the Level of Stress, Insomnia, and Depression Among the Students of Public Health Faculty

¹ Katedra i Zakład Higieny, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław

² Katedra Toksykologii i Uzależnień, Zakład Toksykologii i Ochrony Zdrowia w Środowisku Pracy, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

³ Katedra i Zakład Podstawowych Nauk Medycznych, Wydział Zdrowia Publicznego, Śląski Uniwersytet Medyczny, Bytom

A – koncepcja i projekt badania; B – gromadzenie i/lub zestawianie danych; C – analiza i interpretacja danych; D – napisanie artykułu; E – krytyczne zrecenzowanie artykułu; F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Streszczenie

Wprowadzenie. Wiedza, umiejętności i kwalifikacje zawodowe, które studenci zdrowia publicznego nabywają w czasie studiów powinny skutkować tym, że w pierwszej kolejności sami będą przestrzegać właściwych zachowań zdrowotnych, aby w przyszłości móc pełnić rolę edukatorów zdrowia w społeczeństwie.

Cel pracy. Ocena zachowań zdrowotnych oraz zbadanie związku między nimi a poziomem stresu i występowaniem bezsenności oraz depresji u studentów zdrowia publicznego.

Materiał i metody. Badaną grupę stanowiły studentki Wydziału Zdrowia Publicznego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Badanie ankietowe przeprowadzono w okresie od lutego do kwietnia 2015 r. wśród 133 respondentek. Zastosowano następujące narzędzia badawcze: Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ), kwestionariusz oceny poziomu stresu (PSS 10), Ateńską Skalę Bezsenności (ATE) oraz skalę depresji Becka (BECK).

Wyniki. Średnia wieku badanych studentek wyniosła 22,3 roku. Na podstawie skali IZZ wyniki niskie lub średnie z zakresu deklarowanych zachowań zdrowotnych uzyskało odpowiednio 30 i 39% ankietowanych, zaś wysokie jedynie 31%. Posługując się skalą PSS 10, stwierdzono, że niski i średni poziom nasilenia stresu charakteryzuje odpowiednio 16 i 34%, a wysoki 50% badanych. Bezsenność występowała u 51% studentek, a objawy depresji stwierdzono u 39% badanych (30% łagodna, 5% umiarkowanie ciężka i 4% ciężka). Stres był czynnikiem sprzyjającym bezsenności i zachowaniom depresyjnym, jednocześnie studentki cierpiące na bezsenność i depresję wykazywały mniejszą dbałość o zdrowie. Nie stwierdzono natomiast zależności między wiekiem respondentek, stopniem (licencjackie, magisterskie) i rokiem studiów a ocenianymi wskaźnikami.

Wnioski. Zachowania zdrowotne przejawiane przez studentki zdrowia publicznego są na niezadowalającym poziomie. Większe natężenie stresu koreluje ponadto ze zmniejszoną dbałością o swoje zdrowie oraz jest czynnikiem większego ryzyka występowania bezsenności i depresji (Piel. Zdr. Publ. 2015, 5, 3, 231–238).

Słowa kluczowe: depresja, bezsenność, zachowania zdrowotne, stres, studenci zdrowia publicznego.

Abstract

Background. It is expected that public health faculty students, due to knowledge, skills and professional qualifications acquired during their studies, are the first to follow the correct health-related behaviors so as to act in the future as health educators in the society.

Objectives. The aim of the present study was to assess the relationship between health behavior patterns and the level of stress, insomnia, and depression among the students of public health faculty.

Material and Methods. The study group consisted of female students of the Public Health Faculty at the Medical University of Silesia in Katowice. The survey was conducted from February to April 2015 and it covered 133 respondents. The following research tools were employed: inventory of health-related behaviors (IZZ), a perceived stress scale (PSS 10), Athens Insomnia Scale (ATE) and the Beck Depression Inventory (BECK).

Results. The mean age of responders was 22.3 years. Based on the results of IZZ scale, low or medium health-related behaviors declared 30% and 39% of respondents respectively, whereas a high only 31%. Using PSS 10 scale we found that low and moderate stress severity level characterized 16% and 34% of responders respectively and high 50%. Insomnia occurred in 51% of the students while depressive symptoms were found in 39% of patients (30% mild, 5% moderate and 4% severe). Stress was a risk factor for insomnia and depressive behavior, moreover students suffering from insomnia and depression showed less attention to health-related behaviors. Conversely, there was no correlation between age of respondents, their degree (Bachelor's Degree; Master of Science), and the years of study and other parameters.

Conclusions. Public health students show unsatisfactory level of health-related behaviors, also higher stress level correlates with decreased attention to their health habits, and is considered to be a risk factor for insomnia and depression development (*Piel. Zdr. Publ.* 2015, 5, 3, 231–238).

Key words: depression, insomnia, stress, health-related behavior, public health faculty students.

Zgodnie z definicją wg Światowej Organizacji Zdrowia (1947 r.): „Zdrowie to stan zupełnego fizycznego, psychicznego oraz społecznego dobrostanu, a nie tylko brak choroby lub ułomności”. Warto dodać, że jednym z głównych czynników warunkujących nasze zdrowie jest styl życia i związane z nim bezpośrednio zachowania prozdrowotne. Pod tym pojęciem kryją się między innymi: właściwe odżywianie, aktywność fizyczna, poddawanie się badaniom profilaktycznym, odpowiednie zachowania w ruchu drogowym, pracy, życiu seksualnym oraz umiejętność radzenia sobie ze stresem. Na drugim planie stoją zachowania antyzdrowotne, takie jak: nikotynizm, alkoholizm, ryzykowne zachowania seksualne i inne, które stwarzają poważne zagrożenie dla zdrowia, wywołując szkody bezpośrednie lub odległe [1, 2].

Zdrowie to koncepcja pozytywna, która kładzie nacisk zarówno na pełną sprawność fizyczną, jak i sprawność życiową w wymiarze jednostkowym i społecznym. W związku z tym odpowiedzialność za rozwijanie działań promujących zdrowie spada nie tylko na służbę zdrowia, lecz spoczywa również na tych wszystkich dziedzinach aktywności społecznej, które wywierają wpływ na zdrowy styl życia i szeroko pojmowane dobre samopoczucie wszystkich członków społeczeństwa [3]. Za działania z zakresu promocji zdrowia jest więc odpowiedzialnych pośrednio lub bezpośrednio wiele instytucji oraz organizacji działających lokalnie, regionalnie lub w wymiarze międzynarodowym. Warto dodać, że ten zorganizowany wysiłek społeczeństwa na rzecz ochrony, promowania i przywracania zdrowia ludziom jest realizowany przez odpowiednie kadry kształcone na te właśnie potrzeby. Wśród nich wymienia się wiele zawodów, takich jak: lekarze, pielęgniarki, psychologowie, pedagodzy, socjologowie, pracownicy socjalni, nauczyciele i inne [4, 5]. Od niedawna rolę promotora

zdrowia mogą pełnić absolwenci zdrowia publicznego. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 12 lipca 2007 r. absolwent tego kierunku „posiada wiedzę interdyscyplinarną z zakresu nauk społecznych oraz nauk medycznych, rozumie podstawowe problemy zdrowia publicznego, systemy opieki zdrowotnej oraz polityki zdrowotnej Polski i krajów Unii Europejskiej” [6]. Oczekuje się więc, że studenci zdrowia publicznego w związku z posiadaną wiedzą nabywaną w czasie studiów sami w pierwszej kolejności będą przestrzegać właściwych zachowań zdrowotnych [7]. Wydaje się, że dopiero taka postawa upoważnia do rozpoznawania zagrożeń zdrowia zbiorowości i pozwala pełnić rolę edukatora zdrowia w społeczeństwie.

Warto jednak zauważyć, że podobnie jak inne grupy społeczne studenci zdrowia publicznego również są narażeni na wiele czynników stresowych związanych np. z nagłą zmianą stylu i sposobu życia lub przeciążeniem zajęciami dydaktycznymi, co, niestety, nie sprzyja prowadzeniu higienicznego trybu życia.

Celem pracy była ocena zachowań zdrowotnych oraz zbadanie związku między nimi a poziomem stresu i występowaniem bezsenności oraz depresji u studentów zdrowia publicznego.

Material i metody

Badanie ankietowe przeprowadzono w okresie od lutego do kwietnia 2015 r. wśród 133 studentek Wydziału Zdrowia Publicznego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Liczebność badanej grupy określono za pomocą kalkulatora doboru próby, przyjmując następujące kryteria: osoby studiujące na Wydziale Zdrowia Publicznego – 200, wielkość frakcji – 0,5, błąd maksymalny – 5%.

Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem kwestionariusza, który składał się z metryczki (wiek, płeć, kierunek i rok studiów), skali odczuwalnego stresu (PSS 10), Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ), Ateńskiej Skali Bezsenności (ATE) oraz skali depresji Becka (Beck).

Skala Odczuwanego Stresu (PSS 10) służy do oceny natężenia stresu związanego z własną sytuacją życiową w ciągu ostatniego miesiąca. Składa się z 10 pytań dotyczących różnych subiektywnych odczuć związanych z problemami, zdarzeniami osobistymi, zachowaniami i sposobami radzenia sobie. Ogólny wynik skali jest sumą wszystkich punktów, której minimalna wartość wynosi 0, a maksymalna 40. Im większy wynik, tym większe nasilenie odczuwanego stresu. Ogólny wskaźnik po przekształceniu na jednostki standaryzowane interpretuje się stosownie do właściwości charakteryzujących skalę stenową. Rezultaty w granicach od 1. do 4. stena określa się jako wyniki niskie, w granicach 5. i 6. stena traktuje się jako przeciętne, a od 7. do 10. stena jako wysokie [8].

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) jest to narzędzie samoopisu, które zawiera 24 stwierdzenia dotyczące różnego rodzaju zachowań związanych ze zdrowiem. Pozwala na ogólną ocenę wskaźnika nasilenia zachowań sprzyjających zdrowiu (ZZ) oraz wskaźnika nasilenia 4 kategorii zachowań zdrowotnych, tzn.: prawidłowych nawyków żywieniowych (PN1), zachowań profilaktycznych (ZP), pozytywnego nastawienia psychicznego (PN2) oraz praktyk zdrowotnych (PZ). Wartość ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych zawiera się w przedziale 24–120 punktów. Im wyższy wskaźnik, tym większe nasilenie deklarowanych zachowań prozdrowotnych. Wskaźnik ten po przekształceniu na jednostki standaryzowane interpretuje się w skali stenowej, tj. odpowiednio: wynik w przedziale 1.–4. stena określa się jako zachowania zdrowotne niskie, 5.–6. stena – zachowania zdrowotne średnie i 7.–10. stena to zachowania zdrowotne wysokie. Dla skali tej określono wartości normatywne dla różnych grup wiekowych, społecznych oraz osób zdrowych i chorych [9].

Ateńska Skala Bezsenności (ATE) jest to skala, w której osoba badana wybiera odpowiedzi do 8 pytań oceniających następujące składowe: zasypianie, budzenie się w nocy, budzenie się rano, całkowity czas snu, jakość snu, samopoczucie następnego dnia, sprawność psychiczną i fizyczną następnego dnia oraz senność w ciągu dnia. Każdej odpowiedzi jest przypisana wartość punktowa od 0 (brak trudności) do 3 (poważna trudność). Całkowity wynik zawiera się w przedziale 0–24 punktów. Im większy wynik, tym gorsza jakość snu. Oce-

na dotyczy jakości snu podczas minionego tygodnia. Za kryterium bezsenności przyjmuje się liczbę punktów równą 7 i więcej [10].

Skala depresji Becka jest jedną z najczęściej stosowanych metod pomiaru głębokości depresji. Składa się na nią 21-punktowy inwentarz oceniający intensywność objawów poczynawszy od 0 do 3. Interpretacja uzyskanych wyników jest dokonywana na podstawie następującego podziału: 0–9 punktów – brak objawów depresji; 10–19 – depresja lekka; 20–25 – depresja średnia; powyżej 25 punktów – depresja głęboka [11, 12].

Analiza statystyczna

Analizę statystyczną przeprowadzono z użyciem programu STATISTICA 8.0 PL oraz MS Excel 2007. Wartości obliczone dla zmiennych ilościowych przedstawiono jako średnią arytmetyczną z odchyleniem standardowym (SD) lub w procentach, a dla zmiennych jakościowych jako medianę lub w procentach. W statystycznej analizie danych posłużono się testami parametrycznymi (*t*-Studenta, ANOVA) oraz nieparametrycznymi (*U* Manna-Whitneya oraz Kruskala-Wallisa). Do oceny korelacji wykorzystano test Spearmana. Za wartość istotną statystycznie przyjęto $p < 0,05$.

Wyniki

Wiek badanych wynosił 19–39 lat, średnia wieku $\bar{x} = 22,3$ roku (SD = 2,43), mediana 22. Ze względu na specyfikę Wydziału, na którym było przeprowadzane badanie (bardzo niewielka liczba studentów płci męskiej), w ankiecie uczestniczyły tylko kobiety. Były to studentki studiów licencjackich (68%) oraz magisterskich (32%). Wśród tych pierwszych było 17% studentek I roku studiów, 31% II roku oraz 21% III, a na studiach magisterskich studiowało 24% osób na I roku i 8% na II (tab. 1).

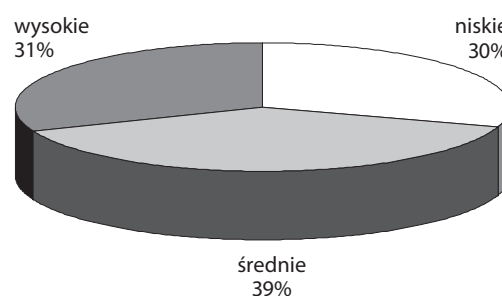
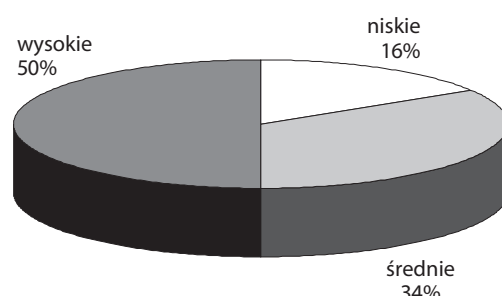
Respondentki dokonywały oceny swoich zachowań zdrowotnych, wykorzystując kwestionariusz IZZ. Ogólny wskaźnik zachowań (ZZ) sprzyjających zdrowiu wyniósł w badanej grupie 78,41 (SD = 12,94) i był istotnie niższy w porównaniu z normami (średniej standaryzowanej). Jednocześnie wartości średnie dla poszczególnych kategorii zachowań, tj. PN1, ZP, PN2 oraz PZ również były statystycznie niższe w porównaniu z normami i wyniosły odpowiednio: 3,38 (SD = 0,767), 3,22 (SD = 0,715), 3,32 (SD = 0,687) oraz 3,13 (SD = 0,719) (tab. 2). Zgodnie z narzędziem do interpretacji IZZ wyniki surowe ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych zostały dodatkowo skategoryzowane w 3 poziomy nasilenia zachowań

Tabela 1. Dane demograficzne i wybrane wskaźniki skal PSS 10, IZZ oraz BECK**Table 1.** Demographic data and selected parameters of PSS 10, IZZ and BECK

Dane	Wartości
Wiek	%
< 21	17
22–23	44
24–25	27
> 25	12
Kierunek studiów	%
licencjat	68
magister	32
Rok studiów	%
I rok – licencjat	17
II rok – licencjat	31
III rok – licencjat	21
I rok – mgr	24
II rok – mgr	8
PSS 10 (steny)	
średnia	6,45 ± 1,72
mediana	7
IZZ (wskaźnik ogólny; steny)	
średnia	5,42 ± 1,83
mediana	6
BECK/PSS 10	
brak depresji	mediana 6
łagodna	8
umiarkowanie ciężka	8
ciężka	9

sprzyjających zdrowiu, tj. niski, przeciętny i wysoki. Z przeprowadzonych badań wynika, że jedynie 31% studentek charakteryzuje wysokie nasilenie zachowań zdrowotnych. Grupa o przeciętnym natężeniu zachowań związanych ze zdrowiem stanowiła 39%, wyniki niskie natomiast uzyskało aż 30% (ryc. 1).

Posługując się skalą PSS 10, stwierdzono, że niski i średni poziom nasilenia stresu charakteryzuje odpowiednio 16 i 34%, a wysoki aż 50% ba-

**Ryc. 1.** Zachowania zdrowotne według wskaźnika ogólnego IZZ**Fig. 1.** Health behavior patterns assessed by the general index IZZ**Ryc. 2.** Nasilenie stresu według skali PSS 10**Fig. 2.** Stress severity level assessed by the PSS 10 scale

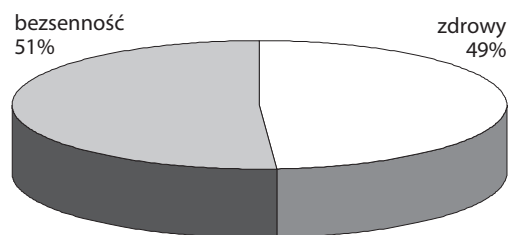
danych (ryc. 2). Bezsenność szacowaną z użyciem skali ATE stwierdzono u 51% studentek (ryc. 3). Używając skali depresji Becka, wykazano natomiast, że objawy depresyjne występują u 39% badanych, z czego 30% zaklasyfikowano jako łagodne, 5% jako umiarkowanie ciężkie i 4% – ciężkie (ryc. 4).

Nie stwierdzono zależności między wiekiem badanych respondentek, stopniem (licencjackie, magisterskie) i rokiem studiów a pozostałymi badanymi parametrami (tab. 3).

Stwierdzono występowanie ujemnej korelacji między nasileniem stresu a zachowaniami zdrowotnymi, tj. im większe nasilenie stresu, tym niższe wskaźniki zachowań zdrowotnych (ZZ, PN1, PN2,

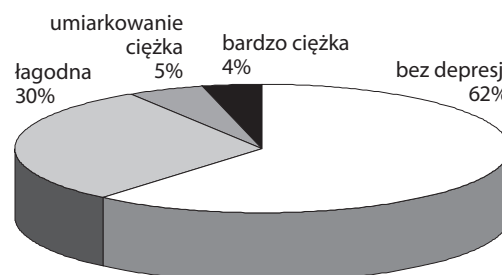
Tabela 2. Analiza średnich wskaźników w poszczególnych kategoriach zachowań zdrowotnych**Table 2.** Analysis of the average indicators in each category of health behaviors

Wskaźnik zachowań zdrowotnych	Średnie wyniki dla kobiet według norm		Średnie wyniki badanej grupy studentek		Test <i>t</i> -Studenta dla pojedynczej próby wartość P
	średnia	SD	średnia	SD	
Ogólny wskaźnik zachowań (ZZ)	84,03	14,16	78,41	12,94	< 0,05
Prawidłowe nawyki żywieniowe (PN1)	3,60	0,75	3,38	0,767	< 0,05
Zachowania profilaktyczne (ZP)	3,48	0,78	3,22	0,715	< 0,05
Pozytywne nastawienie psychiczne (PN2)	3,74	0,79	3,32	0,687	< 0,05
Praktyki zdrowotne (PZ)	3,53	0,79	3,13	0,719	< 0,05



Ryc. 3. Częstość występowania bezsenności według skali ATE

Fig. 3. The prevalence of insomnia assessed by the ATE scale



Ryc. 4. Częstość występowania depresji według skali BECKA

Fig. 4. The prevalence of depression assessed by the BECK scale

PZ). Wykazano również, że stres był czynnikiem sprzyjającym bezsenności, ponieważ w analizie χ^2 wykazano, że aż 80,9% respondentów, u których rozpoznano bezsenność oceniło u siebie nasilenie stresu między 6. a 9. staniem w skali PSS 10, natomiast natężenie stresu u większości osób zdrowych (75,4%) mieściło się między 4. a 7. staniem wspomnianej skali. Stres był również czynnikiem sprzyjającym zachowaniom depresyjnym (mediana nasi-

lenia stresu u osób niemających depresji wynosiła 6, u respondentów, u których rozpoznano łagodną i umiarkowanie ciężką depresję – 8, a ciężką – 9) (tab. 1). U osób cierpiących z powodu bezsenności oraz depresji również odnotowano istotnie niższe wskaźniki zachowań prozdrowotnych. Wykazano ponadto dodatnią korelację między bezsennością a zachowaniami depresyjnymi (tab. 4).

Tabela 3. Analiza zmiennych demograficznych i wyników skal IZZ, ATE i BECK

Table 3. Analysis of demographic variables and the results of IZZ, ATE and BECK

Zmienne	N ważnych	P	Rodzaj testu
Kierunek studiów & PSS 10	133	0,226	test U Manna-Whitneya
Kierunek studiów & IZZ (ogólny wskaźnik; ZZ)	133	0,599	test t-Studenta
Kierunek studiów & IZZ (prawidłowe nawyki żywieniowe; PN1)	133	0,749	
Kierunek studiów & IZZ (zachowania profilaktyczne; ZP)	133	0,235	
Kierunek studiów & IZZ (pozytywne nastawienia psychiczne; PN2)	133	0,705	
Kierunek studiów & IZZ (praktyki zdrowotne; PZ)	133	0,303	
Kierunek studiów & ATE	133	0,524	χ^2
Kierunek studiów & BECK	133	0,492	test U Manna-Whitneya
Rok studiów & PSS 10	133	0,336	test Kruskala-Wallisa
Rok studiów & IZZ (ogólny wskaźnik; ZZ)	133	0,958	ANOVA
Rok studiów & IZZ (prawidłowe nawyki żywieniowe; PN1)	133	0,914	
Rok studiów & IZZ (zachowania profilaktyczne; ZP)	133	0,614	
Rok studiów & IZZ (pozytywne nastawienia psychiczne; PN2)	133	0,690	
Rok studiów & IZZ (praktyki zdrowotne; PZ)	133	0,614	
Rok studiów & ATE	133	0,667	χ^2
Rok studiów & BECK	133	0,103	test Kruskala-Wallisa
Wiek & PSS 10	133	0,423	test Kruskala-Wallisa
Wiek & IZZ (ogólny wskaźnik; ZZ)	133	0,752	ANOVA
Wiek & IZZ (prawidłowe nawyki żywieniowe)	133	0,316	
Wiek & IZZ (zachowania profilaktyczne; ZP)	133	0,193	
Wiek & IZZ (pozytywne nastawienia psychiczne; PN2)	133	0,289	
Wiek & IZZ (praktyki zdrowotne; PZ)	133	0,434	
Wiek & ATE	133	0,197	χ^2
Wiek & BECK	133	0,055	test Kruskala-Wallisa

Tabela 4. Analiza zmiennych skal PSS 10, ATE i BECK**Table 4.** Analysis of variables assessed by PSS 10, ATE and BECK

Zmienne	N ważnych	Współczynnik	P	Rodzaj testu
PSS 10 & IZZ (ogólny wskaźnik; ZZ)	133	$R = -0,354$	$< 0,05$	R-Spearmana
PSS 10 & IZZ (prawidłowe nawyki żywieniowe; PN1)	133	$R = -0,200$	$< 0,05$	
PSS 10 & IZZ (zachowania profilaktyczne; ZP)	133	$R = -0,065$	0,451	
PSS 10 & IZZ (pozytywne nastawienia psychiczne; PN2)	133	$R = -0,495$	$< 0,05$	
PSS 10 & IZZ (praktyki zdrowotne; PZ)	133	$R = -0,314$	$< 0,05$	
PSS10 & ATE	133	$\chi^2 = 23,928$	$< 0,05$	χ^2
PSS10 & BECK	133	$R = 0,529$	$< 0,05$	R-Spearmana
ATE & IZZ (ogólny wskaźnik; ZZ)	133	$t = 4,723$	$< 0,05$	test <i>t</i> -Studenta
BECK & IZZ (ogólny wskaźnik; ZZ)	133	$F = 4,733$	$< 0,05$	ANOVA
ATE & BECK	133	$U = 1223$	$< 0,05$	test <i>U</i> Manna-Whitneya

Omówienie

Wyniki badań prowadzonych wśród młodzieży akademickiej w Polsce dotyczące oceny zachowań prozdrowotnych nie są zadowalające. Nieregularny sposób odżywiania, popełnianie wielu błędów dietetycznych, mała aktywność fizyczna, zachowania antyzdrowotne, np. stosowanie używek, a przy tym znaczny stres towarzyszący zajęciom dydaktycznym (zaliczenia, kolokwia, egzaminy) to nie jedyne czynniki, które wpływają na sumaryczną, niską ocenę zachowań związanych ze zdrowiem [13–15]. W badanej grupie studentek zdrowia publicznego stwierdzono, że ogólny wskaźnik zachowań sprzyjających zdrowiu (ZZ) wyniósł 78,41 (SD = 12,94) i był istotnie niższy w porównaniu z wartościami normatywnymi (84,03). Warto dodać, że uzyskane wyniki korespondują z badaniami Palacz [16], która stwierdziła, że średni ogólny wskaźnik ZZ u studentów fizjoterapii był równy 77,59, a jeszcze mniejsze rezultaty uzyskali studenci wychowania fizycznego (76,41), pedagogiki (75,13) oraz turystyki (74,05). Z powyższego wynika, że kierunek studiów (medyczne, niemiedyczne) ma znaczenie w zaangażowaniu się w zachowania związane ze zdrowiem, co dodatkowo potwierdziły również obserwacje Baran et al. [17]. W badaniu własnym, podobnie do ogólnego wskaźnika ZZ, również średnie nasilenia 4 kategorii zachowań zdrowotnych, tj. prawidłowych nawyków żywieniowych (PN1), zachowań profilaktycznych (ZP), pozytywnego nastawienia psychicznego (PN2) oraz praktyk zdrowotnych (PZ) były istotnie mniejsze w porównaniu z wartościami normatywnymi. Obserwacje te nie dziwią, ponieważ ogólny wskaźnik ZZ jest pochodną poszczególnych 4 kategorii zawartych w kwestionariuszu IZZ.

Po przeliczeniu ogólnego wskaźnika ZZ na steny i dalszej jego kategoryzacji stwierdzono, że jedy-

nie 31% studentek ankietowanych przez autorów niniejszej pracy charakteryzuje wysokie nasilenie zachowań zdrowotnych. Grupa o przeciętnym nasileniu zachowań związanych ze zdrowiem stanowiła 39%, a wyniki niskie uzyskało aż 30%. Bardzo zbliżone rezultaty uzyskała również Walentukiewicz et al. [18] u studentek pielęgniarstwa, tj. odpowiednio 16% (wysokie), 44% (przeciętne) oraz 40% (niskie). Powyższe dane wskazują, że nie tylko przyszli absolwenci zdrowia publicznego, lecz także studenci kierunków medycznych, od których wymaga się poczucia odpowiedzialności nie tylko za swoje zdrowie, ale również zdrowie populacji, nie przywiązują odpowiedniej wagi do rodzaju spożywanej żywności, przestrzegania zaleceń zdrowotnych i uzyskiwania informacji na temat zdrowia i choroby. Czas spędzony na uczelni i w związku z tym wiedza nabywana w czasie studiów powinna skutkować coraz to lepszymi wyborami zachowań dotyczących zdrowia. Niestety, hipoteza ta nie potwierdziła się, ponieważ nie stwierdzono również, aby stopień studiów (licencjat, magister) oraz rok studiów wpływał na badane wskaźniki. Należy stwierdzić, że uzyskane wyniki oraz badania innych autorów wskazują, niestety, że zachowania zdrowotne o niekorzystnym wpływie na zdrowie częściej są charakterystyczne dla młodszych grup wiekowych dorosłego życia (czas studiów) niż w późniejszym jego okresie [19–21].

Autorzy posługując się skalą PSS 10 w badaniu własnym, stwierdzili, że mediana natężenia stresu wśród studentek zdrowia publicznego wynosiła 7 (średnia 6,45). Z kolei Bartczak et al. [22] oceniając natężenie stresu u studentów ratownictwa medycznego, wykazał, że wyniki kształtują się na poziomie 6. stena (średnia 6,21). Co ważne, w badaniu własnym aż 50% respondentek uzyskało wyniki w zakresie 7.–10. stena, co zgodnie z obowiązującą interpretacją narzędzia badawczego (PSS 10) kwalifikuje je do kategorii wysokiego nasilenia stresu.

Inni stosując tę samą metodę (PSS 10), wykazali, że podobnie wysokie natężenie stresu dotyczy również 59,7% studentów medycyny [23]. Wyniki badań własnych potwierdziły ponadto występowanie ujemnej korelacji między nasileniem stresu a zachowaniami zdrowotnymi – im większe nasilenie stresu, tym niższe wskaźniki zachowań zdrowotnych. Powyższe wyniki są zgodne z badaniami innych autorów, którzy również zaobserwowali taką zależność – natężenie stresu korelowało ujemnie z subiektywną oceną własnego zdrowia i ogólnym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych [8, 24]. Inni dodatkowo potwierdzili dodatnią korelację między nasileniem stresu a zachowaniami antyzdrowotnymi (palenie papierosów) [25].

W badaniu jakości snu posłużono się Ateńską Skalą Bezsenności, której polska wersja została zwalidowana przez Fornal-Pawłowską et al. [26], którzy stwierdzili zadowalający współczynnik zgodności wewnętrznej (alfa Cronbach = 0,90). Niniejsze badania wskazują, że 51% studentek zdrowia publicznego cierpi na bezsenność, a objawy depresji występują u 39% badanych. Co ważne, stres był również czynnikiem sprzyjającym bezsenności i zachowaniom depresyjnym, a studentki cierpiące na takie zaburzenia wykazywały mniejszą dbałość o zdrowie. Zasadniczo wyniki te są zbieżne z rezultatami innych autorów, którzy stwierdzili, że bez-

senność występuje u 60–68,6% studentów [27, 28], ale można doszukać się też prac, które wykazały, iż problem ten dotyczy znacznie mniejszej populacji, tj. 9,4–14,3% [29, 30]. Duże rozbieżności można tłumaczyć różnicami kulturowymi badanych respondentów, innymi warunkami socjoekonomicznymi lub stosowaniem odmiennych skal do badania bezsenności. Bardziej spójne dane odnoszą się do częstości występowania depresji, której częstość wśród studentów różnych kierunków szacuje się na 36,2–45,3% [31–33].

Podsumowując, mniejsza niż oczekiwana wśród studentów zdrowia publicznego jest dbałość o prawidłowe nawyki żywieniowe, nawyki higieniczne dotyczące snu, właściwą aktywność fizyczną, odpoczynek oraz rekreację. Równie dalekie od oczekiwań są także postawy ukierunkowane na unikanie negatywnych stanów emocjonalnych, np. silnych emocji, stresów i napięć, które zaburzają szeroko pojętą homeostazę ustroju i mogą prowadzić do poważnych zaburzeń neuropsychiatrycznych. Wyniki niniejszej pracy wskazują więc na konieczność dalszych działań edukacyjnych wśród studentów zdrowia publicznego, którzy z racji swojego fachowego przygotowania do realizacji zadań zawodowych powinni stanowić grupę najbardziej przejawiającą pozytywne zachowania zdrowotne, które sami realizują we własnym życiu.

Piśmiennictwo

- [1] **Robertson L.M., Douglas F., Ludbrook A., Reid G., van Teijlingen E.:** What works with men? A systematic review of health promoting interventions targeting men. *BMC Health Serv. Res.* 2008, 8, 141, 1–9.
- [2] **Langford R., Bonell C., Jones H., Poulou T., Murphy S., Waters E., Komro K., Gibbs L., Magnus D., Campbell R.:** The World Health Organization's Health Promoting Schools framework: a Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2015, 15, 130, 1–15.
- [3] **Kurzepa-Hasan E.:** Brytyjska polityka w zakresie promocji zdrowia po II wojnie światowej. (rozprawa doktorska). Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2009.
- [4] **Han S.S., Weiss B.:** Sustainability of teacher implementation of school-based mental health programs. *J. Abnorm. Child. Psychol.* 2005, 33, 665–679.
- [5] **Sallis R., Franklin B., Joy L., Ross R., Sabgir D., Stone J.:** Strategies for promoting physical activity in clinical practice. *Prog. Cardiovasc. Dis.* 2015, 57, 375–386.
- [6] <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20071641166> (data dostępu: 20.05.2015 r.).
- [7] **Cianciara D., Maria Piotrowicz M., Gajewska M.:** Zasoby kadrowe zdrowia publicznego i promocji zdrowia w Polsce. Cz. III. Plany zawodowe studentów kierunku „zdrowie publiczne”. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2010, 91, 482–488.
- [8] **Juczyński Z., Ogińska-Bulik N.:** Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2012.
- [9] **Juczyński Z.:** Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2012.
- [10] **Soldatos C.R., Dikeos D.G., Paparrigopoulos T.J.:** Athens Insomnia Scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria. *J. Psychosom. Res.* 2000, 48, 555–560.
- [11] **Parnowski T., Jernajczyk W.:** Inwentarz Depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne. *Psychiatr. Pol.* 1977, 4, 417–421.
- [12] **Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J.:** An Inventory for Measuring Depression. *Arch. Gen. Psychiatry* 1961, 4, 561–571.
- [13] **Binkowska-Bury M.:** Zachowania zdrowotne młodzieży akademickiej. Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2009.
- [14] **Smoleń E., Cipora E., Penar-Zadarko B., Gazdowicz L.:** Wybrane zachowania zdrowotne młodzieży akademickiej a umiejscowienie kontroli zdrowia. *Prz. Med. Uniw. Rzesz. Inst. Leków* 2012, 4, 474–484.
- [15] **Łaszek M., Nowacka E., Gawron-Skarbek A., Szatko F.:** Negatywne wzorce zachowań zdrowotnych studentów. Część II. Aktywność ruchowa i nawyki żywieniowe. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2011, 92, 461–465.

- [16] **Palacz J.:** Zachowania zdrowotne studentów w świetle wybranych uwarunkowań. *Med. Ogólna Nauki Zdr.* 2014, 3, 301–306.
- [17] **Baran A., Stocka A.:** Kierunek studiów jako wyznacznik zachowań zdrowotnych. *Prz. Med. Uniw. Rzesz.* 2008, 4, 326–331.
- [18] **Walentukiewicz A., Łysak A., Wilk B.:** Zachowania zdrowotne studentek pielęgniarstwa. *Nurs. Top.* 2013, 21, 484–488.
- [19] **Kozieł D., Kaczmarczyk M., Naszydlowska E., Gałuszka R.:** Wpływ kształcenia w Uniwersytecie Trzeciego Wieku na zachowania zdrowotne ludzi starszych. *Stud. Med.* 2008, 12, 23–28.
- [20] **Ślusarska B., Nowicki G.:** Zachowania zdrowotne w profilaktyce chorób układu krążenia wśród osób pracujących. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2010, 91, 34–40.
- [21] **Pietryka-Michałowska E., Wdowiak L.:** Zachowania zdrowotne studentów akademii medycznej. Wpływ czynników demograficznych na ocenę zachowań zdrowotnych. *Zdr. Publ.* 2004, 114, 326–330.
- [22] **Bartczak M., Bartczak M.:** Natężenie stresu i sposoby radzenia sobie ze stresem u ratowników medycznych i studentów ratownictwa medycznego. *Rocznik Naukowy Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej* 2010, 5, 7–17.
- [23] **Waqas A., Khan S., Sharif W., Khalid U., Ali A.:** Association of academic stress with sleeping difficulties in medical students of a Pakistani medical school: a cross sectional survey. *Peer J.* 2015, 12, 3, 1–11.
- [24] **Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R.:** A global measure of perceived stress. *J. Health Soc. Behav.* 1983, 24, 385–396.
- [25] **Naquin M.R., Gilbert G.G.:** College students' smoking behavior, perceived stress, and coping styles. *J. Drug. Educ.* 1996, 26, 367–376.
- [26] **Fornal-Pawłowska M., Wołyńczyk-Gmaj D., Szelenberger W.:** Walidacja Ateńskiej Skali Bezsenności. *Psychiatr. Pol.* 2011, 45, 2, 211–222.
- [27] **Sing C.Y., Wong W.S.:** Prevalence of insomnia and its psychosocial correlates among college students in Hong Kong. *J. Am. Coll. Health* 2010, 59, 174–182.
- [28] **Lund H.G., Reider B.D., Whiting A.B., Prichard J.R.:** Sleep patterns and predictors of disturbed sleep in a large population of college students. *J. Adolesc. Health* 2010, 46, 124–132.
- [29] **Petrov M.E., Lichstein K.L., Baldwin C.M.:** Prevalence of sleep disorders by sex and ethnicity among older adolescents and emerging adults: relations to daytime functioning, working memory and mental health. *J. Adolesc.* 2014, 37, 587–597.
- [30] **Taylor D.J., Zimmerman M.R., Gardner C.E., Williams J.M., Grieser E.A., Tatum J.I., Bramoweth A.D., Francetich J.M., Ruggero C.:** A pilot randomized controlled trial of the effects of cognitive-behavioral therapy for insomnia on sleep and daytime functioning in college students. *Behav. Ther.* 2014, 45, 376–389.
- [31] **Gupta S., Basak P.:** Depression and type D personality among undergraduate medical students. *Indian. J. Psychiatry* 2013, 55, 287–289.
- [32] **Richards D., Sanabria A.S.:** Point-prevalence of depression and associated risk factors. *J. Psychol.* 2014, 148, 305–326.
- [33] **Desouky Del-S., Abdellatif Ibrahim R., Salah Omar M.:** Prevalence and Comorbidity of Depression, Anxiety and Obsessive Compulsive Disorders among Saudi Secondary School Girls, Taif Area, KSA. *Arch. Iran Med.* 2015, 18, 234–238.

Adres do korespondencji:

Aleksandra Żelazko
Katedra Toksykologii i Uzależnień
Zakład Toksykologii i Ochrony Zdrowia w Środowisku Pracy SUM
ul. Medyków 18
40-752 Katowice
tel.: 32 20 88 743, 32 20 88 740, 32 20 88 542
e-mail: azelazko@sum.edu.pl

Konflikt interesów: nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 1.07.2015 r.

Po recenzji: 6.10.2015 r.

Zaakceptowano do druku: 9.10.2015 r.

Received: 1.07.2015

Revised: 6.10.2015

Accepted: 9.10.2015