

Anna Lipka, Maciej Janiszewski, Michalina Musiałek
Mirośław Dłużniewski

Warszawski Uniwersytet Medyczny

Studenci medycyny a zdrowy styl życia

Medical students and a healthy life style

ABSTRACT: Students of medical courses, who should take special care of health, as they can influence their future patients' attitude toward physical activity and can become role models for their patients, have a low level on physical activity. The aim of the research was to analyse the selected health behaviours and physical activity performed by students of physical therapy and medicine at Medical University of Warsaw. Material and method: The research group contains 142 students. The research utilizes the method of the diagnostic survey, evaluation of exercise tolerance using The Ruffier Test. Statistical analysis were performed using the chi-square tests and t-Student. Results: Only 63% of the respondents described themselves as physically active. According to 55% of interviewees lack of the spare time is the major obstacle in performing regular physical activity. Other groups blame lack of the motivation – 19% and lack of financial resources – 7% for that. Most of women do not take enough exercise (43% don't exercise regularly). Physical Therapy students more often described themselves as physically active than medical students ($p < 0,05$). Analysis of the results indicated IR index statistically significantly better performance among those declaring regular physical activity in relation to the inactive ($p < 0,01$). Conclusion: There was a large group of medical students who, despite being aware of benefits of physical activity, did not meet the recommended level of physical activity. Physical therapy students and medical students are not well trained and qualified to promote healthy habits and encourage individuals to undertake regular physical activity.

KEYWORDS: Students, physical activity, lifestyle, health promotion.

STRESZCZENIE: W grupach studentów, którzy z racji przyszłego zawodu powinni w sposób szczególnie dbać o zdrowie, być przykładem i promować wśród innych prozdrowotny tryb życia stwierdza się systematyczne pogarszanie wydolności fizycznej. Celem pracy była analiza wybranych zachowań prozdrowotnych i aktywności fizycznej studentów fizjoterapii i studentów kierunku lekarskiego Warszawskiego

Uniwersytetu Medycznego. Materiał i metody: Badaniami objęto grupę 142 studentów. W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, ocenę wydolności przeprowadzono za pomocą testu Ruffiera. Analizy statystyczne przeprowadzono stosując testy chi-kwadrat oraz t-Studenta. Wyniki: Na podstawie analizy wyników ankiety stwierdzono, że jedynie 63% studentów deklaruje regularną aktywność fizyczną. Pozostałe 37% studentów jako główne przeszkody utrudniające podejmowanie aktywności fizycznej wskazuje brak czasu (55%), brak motywacji (19%) i niedostatek środków finansowych (7%). Szczególnie niską aktywność fizyczną wykazywały młode kobiety (43% studentek nie ćwiczy regularnie). Studenci kierunku fizjoterapia znacznie częściej niż studenci kierunku lekarskiego deklarowali regularną aktywność fizyczną ($p < 0,05$). Analiza wyników wskaźnika IR wskazuje na znamienne statystycznie lepszą wydolność wśród osób deklarujących systematyczną aktywność fizyczną w stosunku do osób nieaktywnych ($p < 0,01$). Wnioski: Duża grupa studentów kierunków medycznych, mimo tego, że zdaje sobie sprawę z korzyści płynących z regularnej aktywności fizycznej, nie podejmuje zalecanej ilości ruchu. Studenci kierunków medycznych, jako przyszli fizjoterapeuci i lekarze nie są dostatecznie przygotowani, by być wzorem i promować zachowania prozdrowotne wśród społeczeństwa.

SŁOWA KLUCZOWE: Studenci, aktywność fizyczna, styl życia, promocja zdrowia.

Wprowadzenie

Profilaktyka i promocja zdrowia uważana jest za najbardziej opłacalną, długofalową inwestycję w zdrowie społeczeństwa (Woolf i in. 2009), a kształtowanie umiejętności dbania o własne zdrowie i społeczności, w której się żyje, powinno być jednym z celów prawidłowo przebiegającego procesu wychowawczego (Woynarowska 2000).

Ważnym elementem działań, prowadzących do osiągnięcia opisanych wyżej celów, jest edukacja zdrowotna. Światowa Organizacja Zdrowia definiuje ją jako „składającą się z rozsądnie skonstruowanych możliwości edukacyjnych obejmujących różne formy komunikacji stworzone w celu poprawy umiejętności rozumienia i korzystania z wiedzy o zdrowiu jednostki i społeczeństwa” (World Health Organization 1998).

Na gruncie prozdrowotnych programów ministerialnych edukację zdrowotną opisuje się jako: „proces, w którym ludzie uczą się dbać o zdrowie własne i społeczności, w której żyją. Ma ona pomóc [...] w podejmowaniu odpowiednich wyborów życiowych związanych z troską o zdrowie własne i innych, w kształtowaniu zdrowego stylu życia, identyfikacji własnych problemów zdrowotnych” (Woynarowska 1998).

Ważną rolę w procesie promocji zdrowia odgrywają zarówno edukatorzy zdrowia, jak i osoby bezpośrednio związane z jego ochroną (lekarze, pielęgniarki). Amerykański Joint Committee on Health Education and Promotion Terminology opisuje edukatorów zdrowia jako „profesjonalnie przygotowane, pełniące szereg funkcji osoby, specjalistycznie wyszkolone do używania od-

powiednich strategii edukacyjnych oraz metod służących rozwijaniu procedur, interwencji oraz kształtowaniu polityki i systemów sprzyjających zdrowiu jednostek, grup ludzkich oraz określonych społeczności” (Gold, Miner 2001). Jednakże „standardowe kształcenie – zarówno lekarzy, jak i innych pracowników służby zdrowia – nie przewiduje nabywania rozległych kompetencji dotyczących nowoczesnych technik prowadzenia edukacji, które pozwoliłyby na optymalne wykorzystanie osiągnięć współczesnej pedagogiki dla promowania zdrowia” (Rezner i in. 2013).

Ludzie z natury potrzebują wzoru postępowania, poszukują autorytetów zarówno w aspektach społecznych jak i zdrowotnych, a według badania przeprowadzonego przez TNS Polska dla 27% respondentów to właśnie lekarz jest autorytetem w zakresie zdrowego trybu życia (27% respondentów wskazuje lekarza, 27% badanych nie potrafi wskazać takiej osoby, 10% „radzi się” członków rodziny, 8% rozmawia o zdrowym stylu życia z przyjaciółmi i znajomymi, 8% szuka informacji w Internecie) (Badanie „Zdrowy styl życia Polaków” 2012).

W rozwoju człowieka okres studiów, przypadający zwykle na początek trzeciej dekady, wydaje się szczególnie istotny, w tym czasie dochodzi bowiem do wypracowania własnego systemu i hierarchii wartości, decydujących o poglądach na życie i wpływających na dalsze postępowanie. Okres studiów to ostatni etap nauki, w którym na szeroką skalę można prowadzić edukację prozdrowotną (Suchocka, Wojtyłko 2013]. Biorąc pod uwagę jak ważną rolę w promocji zdrowia mogą odgrywać osoby związane ze służbą zdrowia, jak i podatność studentów na kształtowanie u nich odpowiednich postaw utrzymujących się przez dalszą część życia, należy postawić tezę, iż to właśnie wśród tej grupy powinniśmy z dużym naciskiem promować odpowiednie wzorce postępowania.

Celem pracy była ocena oraz porównanie wybranych zachowań prozdrowotnych i parametrów wydolności fizycznej studentów fizjoterapii i studentów kierunku lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Badana grupa

Badana grupa składała się ze 142 studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego i była podzielona na dwie podgrupy w zależności od kierunku studiów.

Kryterium kwalifikującym do badania było posiadanie statusu studenta 5 roku kierunku Fizjoterapia lub kierunku Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Kryterium dyskwalifikującym z badania była deklaracja przez studenta występowania chorób przewlekłych wymagających stosowania farmakoterapii mogącej wpływać na wydolność fizyczną badanego.

Tabela 1. Charakterystyka badanych grup

	Studenci kierunku Fizjoterapia	Studenci kierunku Lekarski
Liczebność grupy	80	62
Liczba studentów na kierunku	94	124
Odsetek studentów biorących udział w badaniu	85,1	50
Wiek (lata)	23,4 ± 0,9	23,3 ± 1,2
Wzrost (cm)	171 ± 9,7	170,8 ± 7,7
Waga (kg)	65 ± 12,1	61,9 ± 10,9
BMI (kg/m ²)	22,2 ± 3,6	21,1 ± 2,2
Płeć (K/M)	61/19	48/14

Metody

Badanie przeprowadzono wśród studentów 5 roku kierunku Fizjoterapia i kierunku Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Udział w projekcie był dobrowolny. W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego (przeprowadzono ankietę przy pomocy autorskiego kwestionariusza ankiety zawierającego 14 pytań bezpośrednio odnoszących się do celu głównego badania), a także przeprowadzono Test Ruffiera (wskaźnik IR), który służy do określenia wydolności.

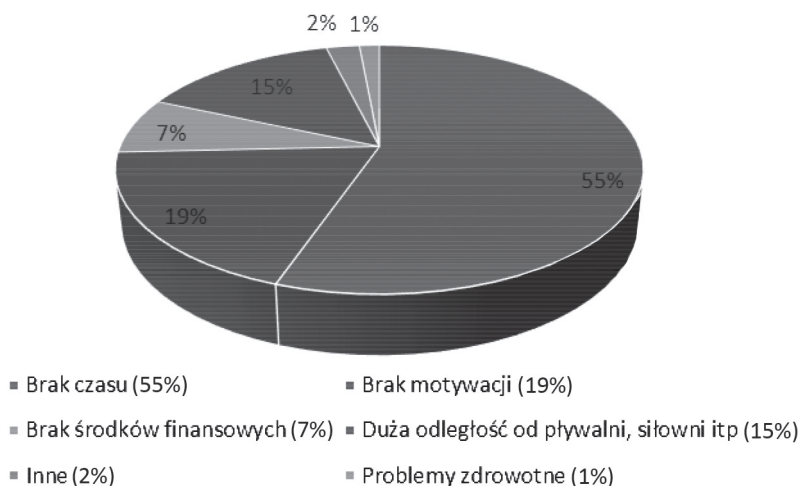
Analizę statystyczną przeprowadzono wykorzystując program STATISTICA 10.0 (StartSoft Polska, Kraków). Wyniki przedstawiono w postaci średnich oraz odchyłeń standardowych. Różnice pomiędzy testami sprawdzano testem t-Studenta dla grup niezależnych lub testem niezależności chi-kwadrat. Za istotne statystycznie przyjmowano wartości dla $p < 0,05$.

Wyniki

Do badania włączono 142 osoby, w wieku od 21 do 29 lat, ze średnią wieku $M = 23,3$ lata (odchylenie standardowe $SD = 1,0$ rok). W grupie badanej znalazło się 109 kobiet (77% badanej grupy) i 33 mężczyzn (23%).

W wypełnionej ankiecie 63% osób deklarowało, że jest aktywna ruchowo, natomiast 37% osób stwierdziło, że nie są aktywne ruchowo.

Czynniki wpływające na brak podejmowania aktywności ruchowej to np. brak czasu (55%), brak motywacji (19%), brak środków finansowych (7%) (wykres 1).



Wykres 1. Czynniki wpływające na brak podejmowania aktywności ruchowej

Tabela 2. Statystyki opisowe dla wskaźnika IR w badanej grupie

Wskaźnik	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum
IR	10,39	3,64	0,00	17,40

Średni poziom wskaźnika IR wyniósł 10,4 (od 0 do 17,4), przy czym wartości powyżej 10 oznaczają słabą wydolność.

W kolejnych subanalizach oceniano, czy pod względem częstości podejmowania aktywności ruchowej osoby studiujące fizjoterapię różnią się od osób studiujących kierunek lekarski. W tym celu przeprowadzono analizę testem niezależności chi-kwadrat.

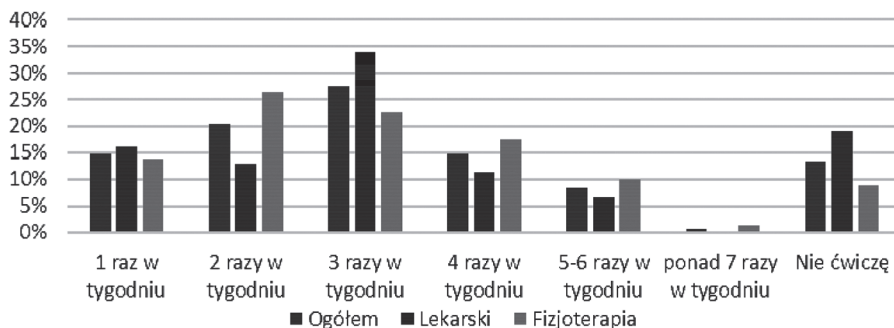
W tabeli 3 przedstawiono częstość podejmowania regularnej aktywności fizycznej w zależności od kierunku studiów.

Tabela 3. Kierunek studiów a podejmowanie aktywności ruchowej

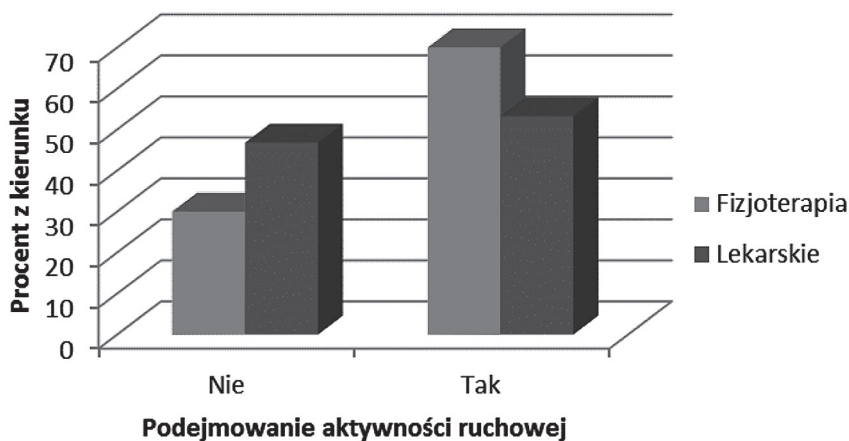
Aktywność ruchowa	Kierunek studiów			
	Fizjoterapia		Lekarskie	
	N	% z kierunku	N	% z kierunku
Nie	24	30,00	29	46,77
Tak	56	70,00	33	53,23

Różnice w częstości podejmowania aktywności ruchowej przedstawia wykres 2.

Analiza testem niezależności chi-kwadrat wykazała istotne statystycznie różnice: $\chi^2(1) = 4,20$; $p = 0,040$. Oznacza to, że osoby studiujące fizjoterapię częściej deklarowały, że podejmują aktywność ruchową w porównaniu do studentów kierunku lekarskiego.



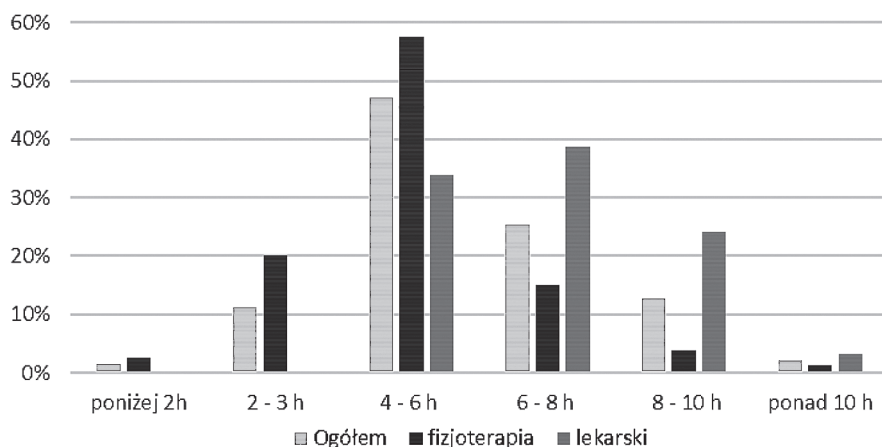
Wykres 2. Częstość podejmowania aktywności ruchowej



Wykres 3. Kierunek studiów a podejmowanie aktywności ruchowej

W ankiecie analizowano również ile czasu w ciągu typowego dnia spędzają studenci w pozycji siedzącej. Wyniki przedstawiono na wykresie 4.

Następnie sprawdzono, czy kobiety różnią się od mężczyzn pod względem podejmowania aktywności ruchowej. W tym celu przeprowadzono analizę testem niezależności chi-kwadrat. W tabeli 4 przedstawiono uzyskane w badaniu wyniki.



Wykres 4. Czas w ciągu dnia spędzany przez studentów w pozycji siedzącej

Tabela 4. Płeć a podejmowanie aktywności ruchowej

Aktywność ruchowa	Płeć			
	Kobiety		Mężczyźni	
	N	% z płci	N	% z płci
Nie	47	43,12	6	18,18
Tak	62	56,88	27	81,82

Analiza testem niezależności chi-kwadrat wykazała istotne statystycznie różnice: $\chi^2(1) = 6,73$; $p = 0,009$. Oznacza to, że mężczyźni częściej deklaruwali, że podejmują aktywność ruchową w porównaniu z kobietami.

Następnie sprawdzono, czy kobiety różnią się od mężczyzn pod względem wskaźnika IR. W tym celu przeprowadzono analizy testem t-Studenta dla prób niezależnych. W tabeli 5 przedstawiono uzyskane w analizie wyniki.

Tabela 5. Płeć a wiek, wzrost, waga oraz poziom wskaźników BMI, WHR oraz IR

Zmienna	Płeć	Średnia	Odchylenie standardowe	Wynik testu t-Studenta	Poziom istotności
Wskaźnik IR	Kobiety	10,83	3,67		
	Mężczyźni	8,9	3,18		

Analiza wykazała, że kobiety w porównaniu z mężczyznami miały wyższy poziom (mniejszą wydolność) wskaźnika IR.

W kolejnej analizie sprawdzono, czy osoby podejmujące aktywność ruchową różnią się od osób, które nie deklarują podejmowania aktywności ruchowej pod względem poziomu wskaźnika IR. W tym celu przeprowadzono

analizy testem t-Studenta dla prób niezależnych. W tabeli poniżej przedstawiono uzyskane w analizie wyniki.

Tabela 6. Aktywność ruchowa a wiek, wzrost, waga oraz poziom wskaźników BMI, WHR

Zmienna	Aktywność ruchowa	Średnia	Odchylenie standardowe	Wynik testu t-Studenta	Poziom istotności
Wskaźnik IR	Nie	11,90	3,16	4,02	< 0,001
	Tak	9,48	3,63		

Uzyskane dane wskazują, że osoby, które deklarowały podejmowanie regularnej aktywności ruchowej miały istotnie statystycznie lepszą wydolność (niższy poziom wskaźnika IR) w porównaniu do osób, które deklarowały, że nie podejmują aktywności fizycznej.

Podsumowanie

Według Heleny Radlińskiej „wychowanie jest złożonym procesem i odbywa się w trzech sferach rozwojowych, mianowicie w toku wzrostu jednostki, w toku jej wrastania w społeczeństwo oraz przy wprowadzaniu w wartości kulturalne”. Radlińska podkreślała, że istotną cechą twórczości kulturalnej stanowi wartościowanie i uczenie wyboru.

Natomiast „wychowanie dla spraw zdrowia” opisywała jako pomoc ludziom w zdobywaniu wiedzy o zdrowiu, kształtowaniu nawyków, umiejętności i sprawności służących utrwalaniu i doskonaleniu zdrowia, pomocy w rozwijaniu pozytywnego zainteresowania zdrowiem, kształtowaniu postaw umożliwiających skuteczną profilaktykę, ratownictwo, leczenie, pielęgnację, rehabilitację oraz stosowanie zasad higieny w życiu jednostkowym i zbiorowym.

Radlińska zwracała uwagę również na czynności wychowawczo-zdrowotne ludzi pracujących w służbie zdrowia jako towarzyszące działaniom medycznym: pielęgniarka to „wychowawczyni społeczna”, podmiot działający jako wychowawca (Syrek 2000).

Również Zofia Żukowska (2002) zwracała uwagę na sprzyjający działaniom promocyjnym „zdrowy styl życia”, który powinien być rozpowszechniany przez szkołę i kreatywnych nauczycieli. „Edukacja prozdrowotna – w której głównym kreatorem jest nauczyciel – to ciągły, rytmicznie i planowo realizowany proces, w którym ludzie uczą się dbać o zdrowie własne i innych, z równą troską”.

Styl życia jest głównym poddającym się modyfikacji czynnikiem, który decyduje o zdrowiu i chorobie (styl życia – 50–60%, czynniki genetyczne

– 15%, organizacja opieki medycznej – 10%, czynniki środowiskowe – 20%) (Woynarowska 2010). Wypracowany w okresie młodzieńczym często zostaje utrwalony na wiele lat, aczkolwiek jednostka może poddawać go swojej kontroli. Według Edisona „Lekarz przyszłości to specjalista, który nie aplikuje/przepisuje leków, lecz zainteresuje pacjenta troską o zdrowy styl życia, zadba o dietę oraz przyczyny i zapobieganie chorobom” (Łaszek i in. 2011).

Zgodnie z tym, co pisała Radlińska, nowe podejście do zdrowia polega na zwiększeniu świadomości ludzi, że oni sami podejmują decyzje i wybory w sprawie własnego zdrowia. Elementem współtworzącym styl życia jest świadomy wybór zachowań służących utrzymaniu i doskonaleniu zdrowia przez wykorzystanie wszystkich dostępnych czynników (Wojtas-Ślubowska 1997), które obejmują działania w zakresie: korygowania złych nawyków żywieniowych oraz zwiększania wiedzy na temat prawidłowego odżywiania, profilaktyki uzależnień, walki ze stresem, higieny ciała i otoczenia, kształtowania umiejętności życiowych oraz zwiększania aktywności fizycznej (Pośluszna 2010).

Styl życia pełni różne funkcje społeczne. Przede wszystkim, umożliwia identyfikację jednostki z grupą oraz pozwala na świadome zaakceptowanie danych działań społecznych. Ludzie w tych działaniach, z jednej strony chcą się wyróżniać, kreując swój indywidualny styl życia, z drugiej, czują pewnego rodzaju przymus grupowy do przestrzegania norm i wzorów zachowania charakterystycznych dla stylu życia obowiązującego w danej grupie społecznej. Ludzie najczęściej przejmują styl życia od grupy statusowej, do której należą (Bylok 2011).

Aktywność fizyczna jest niewątpliwie jednym z elementów stylu życia. Według badań CBOS z 2013 roku wysiłek fizyczny podejmują głównie ludzie młodzi, którzy mieszkają w miastach, są dobrze wykształceni i zadowolone ze swojej sytuacji materialnej. Te same badania wykazują, że Polacy najczęściej podejmują aktywność fizyczną ze względów zdrowotnych (70%) i dla przyjemności (61%), a co drugi uprawiający sport deklaruje, że robi to dla lepszego samopoczucia, odreagowania stresu lub dla dobrej kondycji (47%) (CBOS 2013).

Aktywność ruchowa jest dobrym sposobem na budowanie i zacieśnianie więzi społecznej, gdyż jedną z podstawowych potrzeb człowieka jest potrzeba osobistych kontaktów. Sport pełni ważną rolę w procesie socjalizacji, którym socjologowie określają pozytywne zmiany zachodzące w jednostce pod wpływem środowiska społeczno-kulturowego. Podczas uprawiania sportu występuje proces uczenia się społecznie popieranym postaw sportowych oraz postaw wobec innych ludzi. Umiejętności nabyte w czasie aktywności ruchowej realizowane są później w codziennym życiu jednostki (Waśkowski 2011).

Sport kształtuje wytrwałość, poczucie poszanowania dla siebie i otoczenia, a także obowiązujących zasad i praw panujących w społeczeństwie. Natomiast regularne podejmowanie aktywności fizycznej przez człowieka kształtuje jego wolę i siłę charakteru, ułatwia przystosowanie do ról społecznych oraz pomaga rozwiązywać trudne zadania życiowe, wyrabia poczucie odpowiedzialności i własnej wartości. Wpływa także na pozytywne nastawienie do dużych wysiłków, motywację do systematycznej pracy oraz zadowolenie z poniesionego trudu (Saska-Dymnicka 2011).

Jednakże intensywność aktywności fizycznej w życiu każdego człowieka jest bardzo zróżnicowana (Tołłoczko 2007]. Wpływ na to mają czynniki, które najogólniej można podzielić na trzy grupy: uwarunkowania osobiste (wiek, płeć, wykształcenie, status ekonomiczny, stan zdrowia, wiedza o zdrowym znaczeniu aktywności fizycznej), psychologiczne (według Guskowskiej: właściwości temperamentu, cechy osobowości, poczucie kompetencji w sferze motorycznej, poziom motywacji i rodzaj motywów – Guskowska 2005) i środowiskowe (sprzyjające bądź utrudniające podejmowanie aktywności ruchowej: absorbująca czasowo bądź wyczerpująca praca zawodowa i związany z tym brak czasu, brak dostępu do obiektów i urządzeń sportowych oraz taniego sprzętu, brak odpowiedniego towarzystwa i tradycji rodzinnych nie sprzyja podejmowaniu aktywności fizycznej, brak właściwej reklamy, brak poczucia bezpieczeństwa, niewłaściwe oddziaływania szkoły) (Drabik 1997).

Jak wynika z końcowego raportu AHA (American Heart Association) opublikowanego w 2009 roku, ponad dwie trzecie badanych osób powyżej 18. roku życia przyznaje, że nie wykonuje ćwiczeń fizycznych zgodnie z rekomendacjami AHA, a ponad 10% badanych nie uprawia żadnej aktywności fizycznej (!) (EU Working Group “Sport and Health” 2008). Z badań Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) przeprowadzonych w roku 2000 i 2001 w Stanach Zjednoczonych wynika, że większość badanych (54,6%) nie uprawia wysiłku fizycznego zgodnie z rekomendacjami American College of Sports Medicine (ACSM) i AHA (Lloyd-Jones i in. 2009; Prevalence of Physical Activity, Including Lifestyle Activities Among Adults — United States, 2000–2001, 2003).

Choć w Polsce nie prowadzono tak szeroko zakrojonych badań, to istnieją poważne wątpliwości, czy polscy studenci są przygotowani, aby w przyszłości stać się symbolem zdrowego stylu życia? Badania prowadzone na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat (Krzych 2004; Markiewicz-Górka i in. 2011; Jeżewska-Zychowicz 2004; Mędreła-Kuder 2011; Suchocka, Wojtyłko 2013) zdają się mówić, że nie.

Prezentowane w niniejszej pracy wyniki badań własnych przeprowadzonych na studentach Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego pokazują, że ich ogólna wydolność fizyczna jest słaba, a tylko 63% osób deklarowało, że jest aktywna ruchowo (częściej studenci kierunku Fizjoterapia). Osoby, które deklarowały, że są regularnie aktywne fizycznie odznaczały się lepszą wydolnością od osób niećwiczących. Analiza aktywności fizycznej pod kątem płci, wykazała, że niezależnie od kierunku studiów niska aktywność fizyczna częściej dotyczy studentek aniżeli studentów. Obserwacje te są zgodne z badaniami prowadzonymi przez Gacek oraz Ślusarską (Gacek 2005; Ślusarska i in. 2012).

Personelowi medycznemu nie brakuje wiedzy na temat zdrowego trybu życia ani świadomości, jaką funkcję pełnią oni w kształtowaniu postaw prozdrowotnych społeczeństwa. Jednakże lekarze o złych nawykach zdrowotnych są mniej skłonni doradzać pacjentom z podobnymi problemami, a ich działania będą skuteczne dopiero wówczas, gdy postępowanie lekarzy w stosunku do ich własnego zdrowia będzie można uznać za wzorzec godny zalecenia. Według badań przeprowadzonych przez Gacek poziom aktywności fizycznej badanej grupy lekarzy jest niski, gdyż dominujące podejmowanie rekreacji ruchowej zaledwie raz w tygodniu nie spełnia standardów treningu zdrowotnego (Gacek 2011).

Niezadowolająca częstość podejmowania aktywności fizycznej nie wynika z niewiedzy studentów. Według Kochanowicz większość z nich poprawie identyfikuje aktywność ruchową, jako czynnik sprzyjający lepszej kondycji fizycznej, poprawiający samopoczucie i stan zdrowia. 78% studentów zdaje sobie sprawę, że dobra sprawność fizyczna jest bardzo ważna w zawodzie fizjoterapeuty (Kochanowicz 2013).

Szkolnictwo wyższe proponuje studentom uczelni medycznych 30 godzin wychowania fizycznego w ciągu roku akademickiego w formie nieobowiązkowej: „Uczelnie medyczne zapewniają studentom bezpłatny dostęp do obiektów sportowych, umożliwiając uprawianie sportu, uczestniczenie w zajęciach rekreacyjnych oraz kształtowanie prozdrowotnych postaw, w wymiarze co najmniej 30 godzin rocznie” (Dz.U. z dnia 5 czerwca 2012 r.). Pozostaje pytanie, czy studenci korzystają z tych możliwości?

W ankiecie zapytano studentów, czy chcieliby zmienić swoje dotychczasowe nawyki i wdrożyć lub zintensyfikować swoją codzienną aktywność ruchową. Zdecydowana większość respondentów (84%) stwierdziła, że chciałyby zwiększyć swoją aktywność ruchową. Według badanych głównymi czynnikami będącymi przeszkodą w realizacji planów jest brak czasu (55%), brak motywacji do ćwiczeń (19%) i duża odległość do obiektów sportowych, pływalni i siłowni. Podobne deklaracje uzyskiwano we wcześniejszych analizach –

w badaniach Suchockiej dla 56,7% osób przeszkodą w regularnym uprawianiu sportu jest brak czasu, dla 24,2% brak motywacji, a dla 22,2% lenistwo (Suchocka, Wojtyłko 2013). Brak czasu i brak motywacji to przyczyny, na które wskazali także respondenci w przytaczanych już badaniach Markiewicz-Górki i wsp. oraz Mędreli-Kuder.

Jak wspomniano wcześniej, celem wychowania prozdrowotnego jest nie tylko zwiększenie aktywności ruchowej, ale także kształtowanie umiejętności życiowych (skutecznego porozumiewania się, budowania więzi międzyludzkich, rozwiązywania konfliktów społecznych, twórczego myślenia i rozwiązywania problemów, oceniania ryzyka, czy dawania wsparcia i korzystanie z niego), które są szczególnie ważne dla dokonywania wyborów służących zdrowiu (Posłuszna 2010) oraz eliminacja zachowań ryzykownych (palenie papierosów, picie alkoholu, nadużywanie leków i substancji psychoaktywnych) (Woynarowska 2010).

Badania wykazują związek między podejmowaniem aktywności ruchowej a zachowaniami antyzdrowotnymi. Wśród osób systematycznie uprawiających sport stwierdza się istotnie mniejszy odsetek palących papierosy w porównaniu z populacją preferującą siedzący tryb życia. Sprzyjają temu odmienne nawyki higieniczne, a przede wszystkim lepsza tolerancja wysiłku po zaprzestaniu palenia papierosów. Uleganie nałogom ukazywane jest tu jako dowód słabości i małej wiedzy prozdrowotnej (Zimna-Walendzik 2012; Dziewięcki 2003).

Według Głuszkowskiej aktywność fizyczna „może być istotnym narzędziem obniżenia napięcia emocjonalnego i minimalizowania negatywnych emocji doświadczanych przez jednostkę w konfrontacji ze stresorami” (Guszkowska 2005). Badania dowodzą, że regularna aktywność fizyczna może przynosić porównywalne korzyści z leczeniem farmakologicznym u pacjentów cierpiących na depresję (Zagórska i in. 2005). Istnieją dowody na to, że trening fizyczny korzystnie wpływa na samopoczucie, poprawia nastrój, zwiększa poczucie własnej wartości, pomaga odzyskać przekonanie o możliwościach efektywnej kontroli własnego zachowania, uczy nowych sposobów postrzegania rzeczywistości i możliwości ich wykorzystywania w realizacji celów osobistych (Gukszowska 2004), zatem może w skuteczny sposób przeciwdziałać depresji.

Niestety ciągły stres i pośpiech, które są nieodłącznym elementem życia współczesnego człowieka, mają negatywny wpływ nie tylko na nastrój i samopoczucie, ale także na stosunki międzyludzkie. Podejmowanie aktywności fizycznej ma duże znaczenie w przeciwdziałaniu stresogennym wpływom współczesnej cywilizacji. Regularne ćwiczenia fizyczne skutecznie rozładują napięcia, powodują regenerację sił fizycznych i odprężenie psychiczne. „Aktywizując człowieka przez pobudzenie jego aparatu ruchowego można osiągnąć

pozytywne zmiany nie tylko w funkcjonowaniu jednostki jako istoty społecznej, umiejacej sprostać każdej, nawet najbardziej trudnej sytuacji życiowej” (Nałęcka 1997).

Ponadto aktywność fizyczna wpływa na lepsze wyniki w nauce. Badania w Wielkiej Brytanii wykazały, że studenci, którzy codziennie ćwiczyli co najmniej przez 20 minut osiągnęli o około 10% lepsze wyniki od studentów, którzy nie podejmowali regularnie aktywności fizycznej. Potwierdzają to holenderscy naukowcy z Wydziału Medycyny na *VU University* w Amsterdamie, którzy przeanalizowali wyniki 14 badań, przeprowadzonych na ponad 12 000 dzieci (Singh 2012).

Dlatego istotne wydaje się kontrolowanie aktywności fizycznej studentów kierunków medycznych, by wychowywać ich tak, aby każdy chciał i umiał doskonalić zdrowie, chronić i ratować, gdyż w niedalekiej przyszłości będą odpowiedzialni za zdrowie społeczeństwa. A że należy to czynić od najmłodszych lat przekonują nas o tym słowa Janusza Korczaka, „wali się dach, bo zaniedbano fundament budowli” (Żukowska, Żukowski 2007).

Wnioski

1. Wydolność fizyczna osób na końcowych latach studiów medycznych jest niska, co wiąże się z niską codzienną aktywnością fizyczną.
2. Ponad 1/3 studentów nie podejmuje jakiegokolwiek regularnej aktywności fizycznej.
3. Szczególnie rzadko rekreacyjną aktywność ruchową podejmują młode kobiety.
4. Studenci kierunków medycznych, jako przyszli fizjoterapeuci i lekarze, nie są dostatecznie przygotowani, by być wzorem i promować zachowania prozdrowotne wśród społeczeństwa.

Literatura

- Badanie „Aktywność Fizyczna Polaków” (2013), Centrum Badania Opinii Społecznej, BS 129/2013.
- Badanie „Zdrowy styl życia Polaków” (2012), Część druga – źródła wiedzy na temat zdrowego stylu życia i autorytety w dziedzinie zdrowego stylu życia” przeprowadzono na zlecenie Headlines Porter Novelli przez TNS Polska.
- Byłok F. (2011), *Zdrowy styl życia jako determinanta zachowań konsumentów*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego”, nr 689, „Ekonomiczne Problemy Usług”, nr 78.
- Drabik J. (1997), *Promocja aktywności fizycznej*, Akademia Wychowania Fizycznego, Gdańsk.
- Dziewięcki M. (2003), *Nowoczesna profilaktyka uzależnień*, Wydawnictwo Jedność, Kielce.

- EU Working Group „Sport and Health” (2008), EU Physical Activity Guidelines. Available at: http://ec.europa.eu/sport/what-we-do/doc/health/pa_guidelines_4th_consolidated_draft_en.pdf
- Gacek M. (2005), *Rozpowszechnienie zachowań antyzdrowotnych wśród młodzieży studiującej na AWF i Politechnice Krakowskiej*, „Zdrowie Publiczne”, nr 115(3).
- Gacek M. (2011), *Zachowania żywieniowe i aktywność fizyczna w grupie lekarzy*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, nr 92(2).
- Gold S., Miner R. (2001), *Report of the 2000 Joint Committee Health and Promotion Terminology*, [w:] Am J Health Educ, „Joint Committee on Terminology”, nr 32(2).
- Gruszkowska M. (2004), *Effects of exercise on anxiety, depression and mood*, „Psychiatria Polska”, nr 38(4).
- Guszkowska M. (2005), *Aktywność ruchowa a przebieg transakcji stresowej u młodzieży*, Akademia Wychowania Fizycznego, Warszawa.
- Jeżewska-Zychowicz M. (2004), *Wpływ czynników społecznych na zachowania żywieniowe*, „Żywnienie Człowieka. Metabolizm”, nr 1.
- Kochanowicz B. (2013), *Postawy studentów kierunku fizjoterapii wobec aktywności fizycznej*, „Annales Academiae Medicae Gedanensis”, nr 43.
- Krzych Ł. (2004), *Analiza stylu życia studentów Śląskiej Akademii Medycznej*, „Zdrowie Publiczne”, nr 114(1).
- Lloyd-Jones D. i in. (2009), *Heart disease and stroke statistics — 2009 update. A report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee*, „Circulation”, nr 119(3).
- Łaszek M. i in. (2011), *Negatywne wzorce zachowań zdrowotnych studentów, cz. II: Aktywność ruchowa i nawyki żywieniowe*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, nr 92(3).
- Markiewicz-Górka I. i in. (2011), *Aktywność fizyczna oraz wiedza studentów Akademii Medycznej we Wrocławiu na temat jej roli w profilaktyce chorób – badania ankietowe*, „Family Medicine & Primary Care Review”, nr 13.
- Mędreła-Kuder E. (2011), *Ocena stylu życia studentów fizjoterapii i edukacji techniczno-informacyjnej na podstawie żywienia i aktywności fizycznej*, „Rocznik PZH”, nr 3.
- Nałęcka D. (1997), *Sport dla wszystkich: humanistyczne podstawy rekreacji ruchowej*, Towarzystwo Krzewienia Kultury Fizycznej. Zarząd Główny, Warszawa.
- Posuszna M. (2010), *Edukacja zdrowotna we współczesnej szkole — program prozdrowotny*, „Problemy Pielęgniarstwa”, nr 18(2).
- Prevalence of Physical Activity, Including Lifestyle Activities Among Adults — United States, 2000–2001 (2003)*, „Morbidity & Mortality Weekly Report”, nr 52(32).
- Rezner A. i in. (2013), *Edukator zdrowia w podstawowej opiece zdrowotnej jako szansa na podniesienie poziomu promocji zdrowia i profilaktyki w Polsce*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, nr 94(3).
- Saska-Dymnicka J. (2011), *Sport młodzieżowy kuźnią charakteru i postaw prospołecznych*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego” nr 689, „Ekonomiczne Problemy Usług”, nr 78.
- Singh A. (2012), *Chinapaw M., Physical Activity and Performance at School Systematic Review of the Literature Including a Methodological Quality Assessment*, „Archives of Pediatrics Adolescent Medicine”, Nr 166(1).
- Suchocka L., Wojtyłko A. (2013), *Aktywność fizyczna studentów studiów stacjonarnych kierunków medycznych i niemedycznych*, „Medycyna Środowiskowa – Environmental Medicine”, t. 16, nr 2.
- Syrek E. (2000), *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego, Katowice.

- Ślusarska B. i in. (2012), *Wiedza i zachowania zdrowotne studentów medycyny w zakresie czynników ryzyka sercowo-naczyniowego*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, t. 18, nr 1.
- Tołłoczko R., Romanowska-Tołłoczko A. (2007), *Rozważania dotyczące obiektywnej i subiektywnej potrzeby ruchu*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Pedagogiki i Administracji w Poznaniu”, nr 3.
- Waśkowski Z. (2011), *Integracyjna rola sportu we współczesnym świecie*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego”, nr 689, „Ekonomiczne Problemy Usług”, nr 78.
- Wojtas-Ślubowska D. (1997), *Kierunki przemian stylu życia uczniów w dwudziestolecie (1973–1992) na tle zmian pozytywnych i negatywnych mierników zdrowia*, „Promocja Zdrowia Nauki Społeczne i Medycyna”, nr 10–11.
- Woolf S. i in. (2009), *The Economic Argument for Disease Prevention: Distinguishing Between Value and Savings*, „A Prevention Policy Paper Commissioned by Partnership for Prevention”.
- World Health Organization (1998), *List of Basic Terms. Health Promotion Glossary*, Geneva.
- Woynarowska B. (1998), *Edukacja zdrowotna w szkole*, MEN – Zespół Promocji Zdrowia i Edukacji Zdrowotnej, Projekt, Warszawa 1997, Lider, nr 1.
- Woynarowska B. (2000), *Zdrowie i szkoła*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Woynarowska B. (2010), *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, PWN, Warszawa.
- Zagórska A., Czopek A., Obińska J., Pawłowski M. (2005), *Rola aktywności fizycznej w leczeniu depresji*, „Antropomotoryka”, nr 30.
- Zimna-Walendzik E. (2012), *Udział sportu w modyfikacji stylu życia młodzieży resocjalizowanej*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, nr 93(1).
- Żukowska Z. (2002), *Nauczyciel kreatorem zdrowia w reformującej się szkole*, [w:] *Nauczyciel w edukacji zdrowotnej*, Wrona-Wolny W., Makowska B., Jawień B. (red.), Akademia Wychowania Fizycznego, Kraków.
- Żukowska Z., Żukowski R. (2007), *Zdrowie i aktywność sportowa młodzieży w świetle rozwoju nauk o kulturze fizycznej i pedagogiki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa, Dz.U. z dnia 5 czerwca 2012 r.