

WACŁAW KRUK, JOANNA BURZYŃSKA, PAWEŁ JANUSZEWICZ, MONIKA BINKOWSKA-BURY

## Poczucie koherencji a zachowania zdrowotne młodzieży akademickiej. Długookresowe badanie prospektywne\*

The sense of coherence and health behaviour among university students.  
A long-term prospective study

Przyrodniczo-Medyczne Centrum Badań Innowacyjnych, Uniwersytet Rzeszowski

### KEYWORDS

sense of coherence, lifestyle, health behaviour, students

### SUMMARY

**Introduction.** Lifestyle and health are linked to a salutogenic health concept where health rather than disease should be the main point of interest. The sense of coherence is an important factor conditioning the type of undertaken health behaviour. This paper documented the dynamics and the relationship between the sense of coherence and the level of health behaviour among young people/university students.

**Aim.** Long-term prospective evaluation of the relationship between the sense of coherence and health behaviours among students.

**Material and methods.** The study was carried out in 2009-2012 among 1474 students. A diagnostic survey utilizing Antonovsky's The Sense of Coherence Questionnaire (SOC-29) and a standardized questionnaire – Juczyński's Health Behaviour Inventory (HBI).

**Results.** There is no statistical difference in the sense of coherence between the first and second stage of the study ( $p = 0.702$ ). Statistical differences were found between the first and second stage of the study in terms of overall intensity of health behaviour ( $p = 0.002$ ) and two HBI categories: proper nutrition habits ( $p < 0.001$ ) and prophylaxis behaviour ( $p < 0.001$ ). There is a relationship between the total sense of coherence and intensity of health behaviour for both stages ( $p < 0.001$ ).

**Conclusions.** The study results confirm that the dynamics of correlation does not change significantly during three-year undergraduate studies. The level of health behaviours in 2012 increased significantly in comparison with 2009, in categories: "eating habits" and "preventive behaviour". The sense of coherence and its components (sense of comprehension, resourcefulness, sensibility) are factors that have a positive impact on health behaviour and comparable strength in the first study and repeated study.

### WSTĘP

W połowie lat 70. XX wieku amerykański socjolog Aaron Antonovsky zaprezentował intrygującą teorię tzw. salutogenezy, która w istotny sposób poszerzyła zrozumienie wzajemnych zależności pomiędzy zdrowiem człowieka a przyczynami niektórych chorób. Osią główną tej teorii jest twierdzenie, że każdy człowiek ma pewne indywidualne predyspozycje, które czynią go mniej lub bardziej odpornym

na czynniki stresujące, napotykanne w codziennym życiu. Zastugą Antonovsky'ego była precyzyjna identyfikacja tych predyspozycji, określanych przez niego wspólnym mianem „poczucia koherencji” (ang. *a sense of coherence* – SOC), które pozwala na lepsze radzenie sobie z trudnościami codziennego życia, przez co w sposób znaczący wpływa również na zachowanie lepszego stanu zdrowia (1-3). Konceptcja salutogenezy umieszcza człowieka w jego otoczeniu

\*Badanie przeprowadzono w ramach przyznanego indywidualnego grantu wspomagającego uczelniane projekty badawcze zgodnie z Zarządzeniem Nr 100/2009 Rektora Uniwersytetu Rzeszowskiego.

Komisja Bioetyczna Wydziału Medycznego Uniwersytetu Rzeszowskiego w Rzeszowie zaakceptowała badanie, które zostało przeprowadzone zgodnie z Deklaracją Helsińską.

socjalnym, opiera się na jego biografii, a przede wszystkim definiuje stan zdrowia lub choroby jako dwa przeciwległe bieguny pewnego kontinuum ludzkiego życia – nawet w stanie pełnego zdrowia organizm człowieka musi reagować na szkodliwe czynniki obecne w otoczeniu, zaś w chorobie niezmiennie uruchamia własne mechanizmy naprawcze. Zatem według Antonovsky’ego człowiek zawsze jest w stanie „większego lub mniejszego zdrowia lub jest bardziej lub mniej chory”. Model salutogenezy został postawiony przez badacza w opozycji do tradycyjnego modelu patogenetycznego – tu koncepcja zdrowia i choroby jest postrzegana jako kontinuum, a nie jako dychotomia „obecności choroby lub jej braku”, proponowane jest spojrzenie holistyczne uzupełniające podejście redukcjonistyczne, obok czynników ryzyka stawia on poczucie koherencji, zaś jako interwencja – obok leków i procedur leczniczych – proponowane są: aktywna adaptacja, redukcja czynników ryzyka i uruchamianie naturalnych rezerw. Jako socjolog Antonovsky kładzie nacisk na czynniki psychosocjalne wpływające na zachowanie zdrowia, nawet w warunkach niesprzyjających – jest to głównie poczucie koherencji (SOC), które składa się z trzech elementów: poczucia zrozumienia, poczucia wykonalności (zaradności) oraz poczucia znaczenia (sensowności) w życiu indywidualnym, zaś każdy z tych elementów może być mierzalny i oceniany na odpowiedniej skali (4, 5).

Według Antonovsky’ego poczucie koherencji jest kształtowane, wzmacniane przez całe życie i ma tendencje do relatywnego stabilizowania się około 30. roku życia (4, 6), stąd wydaje się istotnym badanie jego rozwoju wśród młodych ludzi, z racji długofalowego wpływu na kształtowanie pro-zdrowotnego stylu życia wśród młodzieży akademickiej.

Do klasycznych obserwacji zdrowia publicznego, które podkreślają istnienie zależności pomiędzy poziomem wiedzy, zamożności i usytuowania socjoekonomicznego a poziomem zdrowia indywidualnego, warto dodać nowe obserwacje, bezpośrednio wiążące poziom poczucia koherencji z poziomem zachowań zdrowotnych u młodzieży akademickiej.

Uczelnie wyższe są w swym założeniu miejscem kształtowania moralnych i intelektualnych elit społeczeństwa. Absolwenci uczelni, często obejmując wiodące pozycje w różnych dziedzinach życia społecznego, mają znaczący udział w kształtowaniu ludzkich postaw w różnych sferach życia, między innymi w sferze zachowań zdrowotnych, poprzez propagowanie wzorców prozdrowotnych. Z literatury wynika, że wielu autorów badało rozpowszechnienie zachowań zdrowotnych (7-9) oraz wpływ różnych czynników psychospołecznych na zdrowie i styl życia ludzi młodych (10-12).

Badanie poczucia koherencji i jego wpływu na zdrowie człowieka było i jest przedmiotem wielu badań międzynarodowych i polskich, jednak tylko nieliczne wiążą poczucie koherencji z wzorami zachowań związanych ze zdrowiem (13-15).

## CEL PRACY

Celem niniejszej pracy jest ocena związku pomiędzy poczuciem koherencji a zachowaniami zdrowotnymi występującymi w środowisku młodzieży akademickiej w latach 2009-2012.

## MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem polskiej wersji Kwestionariusza Orientacji Życiowej (SOC-29) Antonovsky’ego (17) oraz standaryzowanego kwestionariusza wywiadu – Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ) Juczyńskiego (18).

Badana populacja dotyczyła łącznie 1496 studentów studiów stacjonarnych I stopnia, w tym 905 studentów I roku i 591 III roku, dwóch największych uczelni wyższych regionu Podkarpacia: Uniwersytetu Rzeszowskiego i Politechniki Rzeszowskiej, studiujących na kierunkach o profilu: ścisłym, medycznym i humanistycznym. Ocena nasilenia zachowań zdrowotnych oraz poczucia koherencji została przeprowadzona zgodnie z następującym harmonogramem: październik 2009–styczeń 2010 (T1), październik 2011–styczeń 2012 (T2). Dobór do próby badawczej był celowy – uwzględniono w nim zawężenie badań do studentów kierunków stacjonarnych I stopnia. Pozwoliło to na ujednoczenie badanej grupy pod względem wieku i stażu studenckiego. Osoby te należały do młodzieżowego środowiska akademickiego, ale w odniesieniu do stylu życia założono, że nie posiadały pewnych doświadczeń studenckich, nie zdążyły się zaadaptować i przejąć określonych wzorów zachowań. Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy. Studentom przedstawiono cel badań i problematykę. Zwrot wypełnionych kwestionariuszy był traktowany jako zgoda na uczestnictwo w badaniach.

W pierwszym badaniu wytypowano próbę badawczą liczącą 1000 osób, wśród których przeprowadzono komplety kwestionariuszy. Uzyskano 940 zwrotów. Do dalszej analizy zakwalifikowano 905 prawidłowo wypełnionych kwestionariuszy, co stanowi 90,5% założonej próby badawczej. Badanie powtórzono po dwóch latach wśród tej samej grupy studentów. Odsetek studentów, którzy byli na zajęciach w dniu badania, wyniósł 59,1% założonej próby badawczej.

## Pomiary

### *Kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC-29*

Kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC-29 (The Sense of Coherence Questionnaire) służy do pomiaru poziomu poczucia koherencji. Skala SOC została opracowana przez Antonovsky’ego w 1983 roku. Tworząc kwestionariusz, Antonovsky wyszedł z początkowej puli 243 pytań, z których na podstawie badań i analiz wyodrębnił 29 twierdzeń tworzących skalę SOC-29. W skład kwestionariusza wchodzi trzy komponenty: rozumiałość – SOC 1 (11 stwierdzeń), zaradność – SOC 2 (10 twierdzeń) i sensowność – SOC 3 (8 twierdzeń). Osoby badane oceniają trafność każdego

ze stwierdzeń w odniesieniu do siebie i swojego życia, korzystając z 7-punktowej skali. Badania z wykorzystaniem kwestionariusza przeprowadzono w wielu krajach. Uzyskane dane empiryczne potwierdziły jego dobre własności psychometryczne. W szacowaniu trafności teoretycznej narzędzia stwierdzono, zgodnie z założeniami teoretycznymi, istotne korelacje z różnymi miarami zdrowia, pozytywną samooceną, wewnętrznym umiejscowieniem kontroli, z oceną satysfakcji życiowej i jakością życia oraz ujemne korelacje z lękiem jako cechą, neurotyzmem i psychotyzyzmem. Ocena rzetelności polskiej wersji skali SOC wykazała bardzo wysoką rzetelność kwestionariusza. Wskaźniki wewnętrznej zgodności, obliczone metodą połówkową z poprawką Spearmana-Browna, wyniosły odpowiednio: dla poczucia koherencji – 0,92, poczucia zrozumiałości – 0,78, poczucia zaradności – 0,72 i poczucia sensowności – 0,68 (16). Wyniki polskich badań wykazują, że najbardziej diagnostyczną podskalą Kwestionariusza Orientacji Życiowej jest wymiar sensowności. Polska wersja SOC-29 (17) może być zatem rekomendowana jako narzędzie trafne i rzetelne.

#### *Inwentarz Zachowań Zdrowotnych IZZ*

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych został opracowany przez Juczyńskiego w 1997 roku (18). Jest narzędziem rzetelnym, trafnym i znormalizowanym. Zgodność wewnętrzna ustalona dla całego Inwentarza wynosi 0,85 Alfa Cronbacha, natomiast dla czterech podskal mieści się w granicach 0,60-0,65. Miara trafności wewnętrznej IZZ jest „odpowiedniość treściowa” twierdzeń wchodzących w skład uwzględnionych w Inwentarzu form zachowań zdrowotnych. Wyniki badań grupy normalizacyjnej (496 osób) stały się podstawą do dokonania transformacji wyników surowych na jednostki standaryzowane w skali stenowej, oddzielnie dla mężczyzn i kobiet. Inwentarz zawiera 24 stwierdzenia opisujące różnego rodzaju zachowania związane ze zdrowiem. Biorąc pod uwagę wskazaną przez badanych częstotliwość poszczególnych zachowań na pięciostopniowej skali, ustala się ogólne nasilenie zachowań sprzyjających zdrowiu oraz stopień nasilenia czterech kategorii zachowań zdrowotnych: prawidłowych nawyków żywieniowych (uwzględniających rodzaj spożywanej żywności, np. pieczywo pełnoziarniste, warzywa, owoce), zachowań profilaktycznych (dotyczących przestrzegania zaleceń zdrowotnych i uzyskiwania informacji na temat zdrowia i choroby), pozytywnego nastawienia psychicznego (czynniki psychologiczne, jak unikanie zbyt silnych emocji, stresów i napięć czy sytuacji wpływających przynębiająco) i praktyk zdrowotnych (obejmujących codzienne nawyki snu, rekreacji i aktywności fizycznej). Zaznaczone wartości liczbowe zlicza się. Wartość ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych mieści się w granicach 24-120 punktów. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie deklarowanych zachowań zdrowotnych. Ogólny wskaźnik po przekształceniu na jednostki standaryzowane podlega interpretacji stosownie do właściwości charakteryzujących skalę stenową. Wyniki w granicach 1.-4. stena przyjęto traktować jako niskie, 7.-10. jako wysokie, co odpowiada obszarowi około

33% wyników najniższych i tyle samo najwyższych w skali. Wyniki w granicach 5. i 6. stena traktuje się jako przeciętne. Ponadto, oddzielnie oblicza się nasilenie czterech kategorii zachowań zdrowotnych. Inwentarz stosowany wraz z innymi narzędziami może służyć pomocą w programowaniu działań profilaktycznych, ustaleniu kierunków modyfikacji zachowań i monitorowaniu zmian w praktykach zdrowotnych.

#### **Metody statystyczne**

Zgromadzone dane opracowano statystycznie. Analiza dotyczy 1474 studentów I oraz III roku studiów stacjonarnych I stopnia. Dokonano szczegółowego pomiaru (z uwzględnieniem poszczególnych składowych obu skal) poziomu koherencji i poziomu zachowań zdrowotnych wśród studentów I i III roku studiów. W analizie wykorzystano test *t* dla prób niezależnych dla skal liczbowych oraz test niezależności chi-kwadrat dla skali nominalnej (19). W tabelach 1-5 zamieszczono informacje o wartości średniej, odchyleniu standardowym oraz 95% przedziale ufności dla poszczególnych miar liczbowych. W celu umożliwienia oceny dowolnej zależności monotonicznej o charakterze nieliniowym posłużono się współczynnikiem korelacji rang Spearmana (19).

#### **WYNIKI**

W obu badaniach (T1 i T2) kobiety stanowiły większość – 59,2 i 61,1% (mężczyźni stanowili odpowiednio 40,8 i 38,9%). Badani w większości byli niezamężni/nieżonaci (98,7 i 94,8%), studiujący na Uniwersytecie Rzeszowskim (73,1 i 77,8%).

W pierwszym badaniu (T1) studenci reprezentowali następujące kierunki: ścisłe – 37,3%, humanistyczne – 31,1%, medyczne – 31,6%. Natomiast w badaniu powtórzonym (T2) rozkład przedstawiał się następująco: kierunki medyczne – 43,7%, humanistyczne – 28,4%, ścisłe – 27,9%. Ponad połowa młodzieży w obu badaniach (T1 i T2) pochodziła ze środowiska wiejskiego (56,7 i 52,1%). Struktura grupy w odniesieniu do wyodrębnionych środowisk przedstawiała się następująco: z miast do 100 tys. mieszkańców pochodziło odpowiednio 28,3 i 29,9%, z dużych miast powyżej 100 tys. – 15,0 i 29,9% studentów. Zarówno w badaniu T1, jak i T2 prawie połowa ankietowanych zamieszkiwała w okresie studiów na stacji – 49,1 i 44,8%, następnie: w domu rodzinnym – 36,7 i 38,9% i w akademiku – 14,2 i 16,2%. Studenci w obydwu badaniach (T1 i T2) oceniali swoją sytuację materialną najczęściej jako dobrą – 47,7 i 50,1%, następnie: przeciętną – 42,7 i 37,9%, bardzo dobrą – 6,8 i 8,1% oraz trudną – 2,8 i 3,9%.

Zamieszczone w tabeli 1 wyniki wskazują, że nie istnieje różnica statystyczna w poczuciu koherencji pomiędzy T1 i T2, czyli pierwszym a drugim etapem badania ( $p = 0,702$ ). W badanej grupie średnia wartość koherencji w 2009 roku wynosiła 125,5, a odchylenie standardowe 20,8 i nie uległa istotnej zmianie w 2012 roku ( $M = 125,9$ ;  $SD = 19,8$ ). W przypadku komponentów poczucia koherencji stwierdzono zależności statystyczne pomiędzy badaniami w poczuciu zrozumiałości ( $p = 0,043$ ) i sensowności ( $p = 0,047$ ).

Wyniki zamieszczone w tabeli 2 pokazują, że istnieją różnice statystyczne pomiędzy pierwszym a drugim etapem badań w zakresie ogólnego nasilenia zachowań zdrowotnych ( $p = 0,002$ ) oraz dwóch kategorii zachowań zdrowotnych: prawidłowe nawyki żywieniowe ( $p < 0,001$ ) oraz zachowania profilaktyczne ( $p < 0,001$ ). W tych kategoriach wyższe wyniki uzyskano w badaniu powtórzonym po dwóch latach (78,2; SD = 12,9% vs. 76,2; SD = 12,2%). Jednocześnie nie zaobserwowano różnic pomiędzy badaniami w zakresie pozostałych dwóch kategorii: pozytywne nastawienie psychiczne ( $p = 0,634$ ) i praktyki zdrowotne ( $p = 0,439$ ). Studenci w podobny sposób w obu badaniach starają się unikać zbyt silnych emocji, stresów, gniewu,

lęku, sytuacji, które wpływają na nich przygnębiająco, prowadzą uregulowane życie rodzinne i systematycznie zgłaszają się do lekarza.

Zamieszczone w tabeli 3 wyniki wskazują, że istnieją różnice w poziomie zachowań zdrowotnych studentów pomiędzy pierwszym a drugim etapem badania. W badaniu powtórzonym po dwóch latach studentów z wysokim poziomem zachowań zdrowotnych było 1,5 raza więcej niż w badaniu z 2009 roku (19,0 vs. 12,9%). Wzrósł również odsetek osób z przeciętnym poziomem zachowań zdrowotnych (42,1 vs. 39,8%) i jednocześnie obniżył się odsetek studentów charakteryzujących się niskim poziomem tych zachowań (38,9 vs. 47,3%).

**Tab. 1.** Porównanie wartości średnich poczucia koherencji wśród badanych studentów w latach 2009 (T1) i 2012 (T2) (SOC-29)

SOC-29	T1			T2			P
	M	SD	95% CI	M	SD	95% CI	
SOC 1	42,3	7,8	41,8-42,8	43,5	7,7	42,9-44,1	0,004*
SOC 2	44,8	8,8	44,2-45,4	44,8	8,2	44,1-45,4	0,993
SOC 3	38,4	7,4	37,9-38,9	37,6	7,2	37,1-38,2	0,047*
SOC 4	125,5	20,8	124,1-126,0	125,9	19,8	124,3-127,0	0,702

SOC 1 – poczucie zrozumiałości; SOC 2 – poczucie zaradności; SOC 3 – poczucie sensowności; SOC 4 – globalne poczucie koherencji  
\* $p < 0,05$

**Tab. 2.** Porównanie wartości średnich zachowań zdrowotnych wśród badanych studentów w latach 2009 (T1) i 2012 (T2) (IZZ)

Kategorie IZZ	T1			T2			P
	M	SD	95% CI	M	SD	95% CI	
prawidłowe nawyki żywieniowe	3,0	0,7	2,9-3,0	3,1	0,7	3,0-3,2	< 0,001*
zachowania profilaktyczne	3,0	0,7	2,9-3,0	3,2	0,7	3,1-3,2	< 0,001*
pozytywne nastawienie psychiczne	3,3	0,6	3,3-3,4	3,4	0,6	3,3-3,4	0,634
praktyki zdrowotne	3,3	0,6	3,2-3,3	3,2	0,6	3,2-3,3	0,439
IZZ	76,2	12,2	75,4-77,0	78,2	12,9	77,2-79,0	0,002*

IZZ – Inwentarz Zachowań Zdrowotnych  
\* $p < 0,05$

**Tab. 3.** Porównanie poziomu nasilenia zachowań zdrowotnych wśród badanych studentów w latach 2009 (T1) i 2012 (T2) (IZZ)

Poziom zachowań zdrowotnych IZZ	T1		T2		P
	n = 883	%	n = 591	%	
niski	418	47,3	230	38,9	0,001*
przeciętny	352	39,8	249	42,1	0,375
wysoki	114	12,9	112	19,0	0,001*

IZZ – Inwentarz Zachowań Zdrowotnych  
\* $p < 0,05$

Tab. 4. Poczucie koherencji a zachowania zdrowotne w 2009 roku (T1) (współczynnik korelacji rang Spearmana)

Kategorie IZZ	Poczucie koherencji			
	SOC 1	SOC 2	SOC 3	SOC 4
prawidłowe nawyki żywieniowe	0,17 p < 0,001*	0,19 p < 0,001*	0,21 p < 0,001*	0,22 p < 0,001*
zachowania profilaktyczne	0,14 p < 0,001*	0,17 p < 0,001*	0,21 p < 0,001*	0,20 p < 0,001*
pozytywne nastawienie psychiczne	0,33 p < 0,001*	0,41 p < 0,001*	0,39 p < 0,001*	0,44 p < 0,001*
praktyki zdrowotne	0,15 p < 0,001*	0,13 p < 0,001*	0,12 p < 0,001*	0,15 p < 0,001*
IZZ	0,25 p < 0,001*	0,29 p < 0,001*	0,31 p < 0,001*	0,33 p < 0,001*

SOC 1 – poczucie zrozumiałości; SOC 2 – poczucie zaradności; SOC 3 – poczucie sensowności; SOC 4 – globalne poczucie koherencji; IZZ – Inwentarz Zachowań Zdrowotnych

\*p < 0,05

Tab. 5. Poczucie koherencji a zachowania zdrowotne w 2012 roku (T2) (współczynnik korelacji rang Spearmana)

Kategorie IZZ	Poczucie koherencji			
	Zrozumiałość	Zaradność	Sensowność	Koherencja
prawidłowe nawyki żywieniowe	0,19 p < 0,001*	0,20 p < 0,001*	0,22 p < 0,001*	0,24 p < 0,001*
zachowania profilaktyczne	0,13 p < 0,001*	0,14 p < 0,001*	0,20 p < 0,001*	0,18 p < 0,001*
pozytywne nastawienie psychiczne	0,34 p < 0,001*	0,40 p < 0,001*	0,36 p < 0,001*	0,42 p < 0,001*
praktyki zdrowotne	0,20 p < 0,001*	0,15 p < 0,001*	0,11 p = 0,008*	0,17 p < 0,001*
IZZ	0,27 p < 0,001*	0,28 p < 0,001*	0,29 p < 0,001*	0,32 p < 0,001*

SOC 1 – poczucie zrozumiałości; SOC 2 – poczucie zaradności; SOC 3 – poczucie sensowności; SOC 4 – globalne poczucie koherencji; IZZ – Inwentarz Zachowań Zdrowotnych

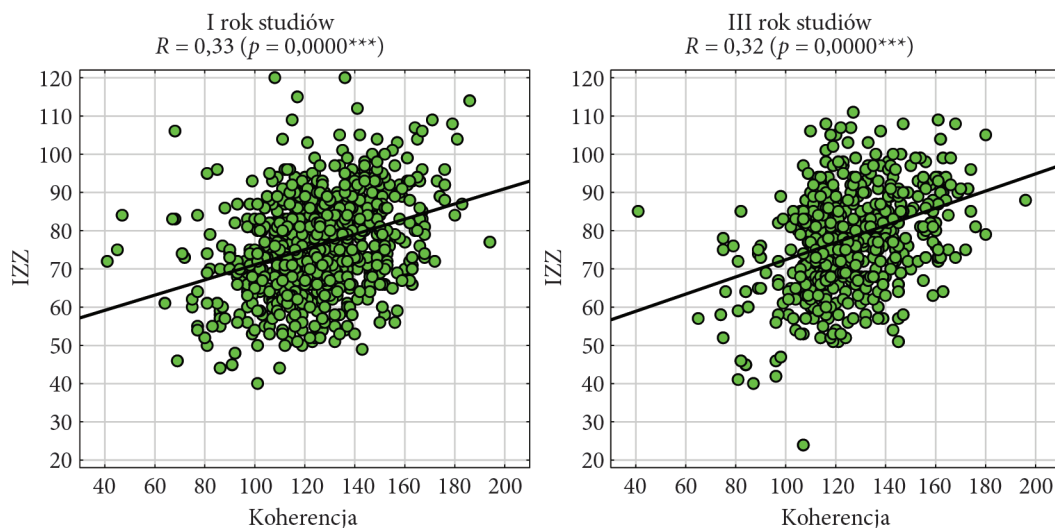
\*p < 0,05

Wyniki badań przeprowadzonych w 2009 roku przedstawione w tabeli 4 wskazują, że istnieje związek statystyczny pomiędzy poczuciem koherencji a zachowaniami zdrowotnymi (p < 0,001), co oznacza, że wraz ze wzrostem poziomu poczucia koherencji obserwuje się wzrost zachowań zdrowotnych. Najsilniej z poziomem poczucia koherencji jest skorelowana kategoria IZZ „pozytywne nastawienie psychiczne” (p < 0,001; 0,44). Można przypuszczać, że młodzież z wyższym poczuciem koherencji potrafi lepiej radzić sobie ze zbyt silnymi emocjami, unikać stresów i napięć czy sytuacji wpływających przygnębiająco. Najsłabsze korelacje stwierdzono pomiędzy poczuciem koherencji a kategorią IZZ „codzienne praktyki zdrowotne”, obejmującą nawyki snu, rekreacji i aktywności fizycznej (p < 0,001; 0,15). Wszystkie korelacje pomiędzy poszczególnymi komponentami SOC

a kategoriami zachowań zdrowotnych IZZ są znamienne statystycznie (p < 0,001), ale o korelacji o przeciętnej sile można mówić w stosunkowo niewielu przypadkach.

W badaniu powtórzonym w 2012 roku korelacje pomiędzy poczuciem koherencji a zachowaniami zdrowotnymi, jak również poszczególnymi komponentami SOC-29 i kategoriami IZZ układają się bardzo podobnie we wszystkich przypadkach, można więc domniemywać, iż charakter i siła związku pomiędzy poczuciem koherencji a zachowaniami zdrowotnymi nie zmieniają się znacząco w ciągu pierwszych 3 lat studiów stacjonarnych I stopnia.

Rycina 1 ilustruje porównanie zależności pomiędzy całkowitym poczuciem koherencji a nasileniem zachowań zdrowotnych z każdego etapu badania (T1 i T2) i zarazem dokumentuje, iż charakter i siła związku pomiędzy poczuciem



**Ryc. 1.** Interakcja pomiędzy całkowitym poczuciem koherencji (SOC-29) a całkowitym poziomem zachowań zdrowotnych (IZZ) w latach 2009 i 2012

koherencji SOC-29 a zachowaniami zdrowotnymi IZZ nie zmieniają się znacząco w ciągu pierwszych 3 lat studiów stacjonarnych I stopnia.

## DYSKUSJA

Poczucie koherencji według autora koncepcji A. Antonovsky'ego (4) stanowi istotny czynnik warunkujący rodzaj podejmowanych zachowań związanych ze zdrowiem. Zdaniem autora, im wyższe poczucie koherencji, tym większa tendencja do zachowywania się w sposób prozdrowotny. Okres długoletnich studiów może znacząco wpływać na wybór zachowań w kontekście zdrowia. Najczęściej jest to związane ze specyficznymi warunkami życia akademickiego, takimi jak: tygodniowy i semestralny rytm pracy, zaliczenia, kolokwia, egzaminy, relacje z pracownikami uczelni i rówieśnikami. Wiele badań wskazuje na wzrost niekorzystnych zjawisk zdrowotnych w tej grupie młodzieży (20).

Wyniki badań własnych wykazały, że nie istnieje różnica statystyczna w poczuciu koherencji pomiędzy pierwszym a drugim etapem badania. W badanej grupie średnia wartość koherencji w 2009 roku wynosiła 125,5 i nie uległa istotnej zmianie w 2012 roku (125,9). Identyczny wynik SOC (125,5) uzyskała Gruszczyńska (15), badając 150 losowo dobranych studentów z Polski. W badaniach prowadzonych wśród studentów, publikowanych w literaturze światowej, uzyskano różne wyniki poczucia koherencji (21-23).

Najbliższe przedstawionym wynikom własnym wartości SOC (124,38) uzyskał Lam (22), badając 122 amerykańskich studentów pochodzenia wietnamskiego. Nieco wyższe wartości SOC (127,55) mieli amerykańscy studenci pochodzenia chińskiego badani przez Ying i wsp. (21). Niższe wartości SOC charakteryzowały studentów japońskich – 117,9 (23), a zdecydowanie wyższe studentów europejskich – 142,5 (24). Dane te wskazują na znaczne zróżnicowanie poziomu poczucia koherencji wśród młodzieży

akademickiej, co jest zgodne z koncepcją Antonovsky'ego, według której poczucie koherencji kształtuje się w ciągu całego życia człowieka, a szczególne znaczenie przypisuje się warunkom, w jakich rozwija się dziecko i wzrasta młody człowiek. Przykładem powyższej tezy mogą być wyniki badań Togari i wsp. (25), którzy opisali istnienie korelacji pomiędzy poczuciem koherencji japońskich studentów i ich matek. Szczególnie podkreśla się istotną rolę wpływu kontekstu społeczno-kulturowego (w długim okresie czasu) oraz „wzorca doświadczeń życiowych” w powstawaniu poczucia koherencji.

W badaniach prowadzonych przez Kuuppelomäki i Utriainen (26) w latach 1996-1999 wśród studentów fińskich, dotyczących oceny poczucia koherencji w chwili rozpoczęcia studiów, kontynuacji i w trzecim roku nauki stwierdzono, że dla większości młodzieży SOC wyjściowy i w końcowym etapie badań pozostał niezmienny. Badania te są zgodne z wynikami badań własnych, gdzie poczucie koherencji nie uległo znaczącej zmianie w okresie pierwszych trzech lat studiów. Badania populacji młodzieży akademickiej w różnych regionach świata również nie potwierdzają statystycznie istotnych różnic SOC w kolejnych latach studiów (23, 27).

W badaniach 222 polskich studentów Politechniki Białostockiej oraz Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, oceniających poziom wiedzy dotyczącej zachowań zdrowotnych, wykazano podobny stopień oceny własnych prawidłowych nawyków żywieniowych, pozytywnego nastawienia psychicznego oraz zachowań profilaktycznych wśród studentów obydwu uczelni. Jednocześnie prawie połowa wszystkich przebadanych studentów (46,4%) prezentowała niski poziom zachowań zdrowotnych (1.-4. sten). W badanej grupie 45,5% manifestowało przeciętny poziom zachowań zdrowotnych (5.-6. sten), natomiast wysoki poziom uzyskano u 8,1% badanej populacji (7.-10. sten) (28).

Badania krakowskich studentów Posadzkiego i wsp. (29) charakteryzowały się podobnym rozkładem procentowym stenów (43,7 vs. 40,0 vs. 16,2%). Opisane wyniki są tożsame z wynikami badań własnych uzyskanymi w 2009 roku (T1: 47,3 vs. 39,8 vs. 12,9%). Należy zatem wnioskować, że w ewentualnych badaniach powtórzonych populacji studentów pozostałych polskich uczelni można się spodziewać wzrostu poziomu zachowań zdrowotnych zgodnie z trendem zaobserwowanym w badaniach własnych (T1 vs. T2: 12,9 vs. 19,0%). Analiza badań własnych wykazała najwyższy współczynnik korelacji rang Spearmana pomiędzy kategorią IZZ „pozytywne nastawienie psychiczne” a poszczególnymi komponentami SOC w obu badanych okresach. Badania Gruszczyńskiej z 2014 roku dowodzą między innymi, że polscy studenci, mający wysoki SOC, prezentują wysoki poziom pozytywnego nastawienia psychicznego, w szczególności usposobienia ( $p < 0,001$ ) (15). Mikami i wsp. (14) oceniający korelację SOC i problemów zdrowotnych 2824 japońskich studentów, odnotowali wyższe średnie wartości SOC u studentów bez deklarowanych problemów dotyczących zdrowia (128,2 studenta bez problemów zdrowotnych vs. 123,9 studenta z problemami zdrowotnymi) oraz wyższe wartości poszczególnych komponentów SOC (rozumiałość – 41,5 vs. 39,7; zaradność – 46,9 vs. 45,4; sensowność – 39,7 vs. 38,9). Tureccy badacze w swojej analizie wskazali na statystycznie istotną zależność pomiędzy poziomem SOC a wybranymi zachowaniami antyzdrowotnymi. Studentów palących charakteryzował niższy poziom SOC niż studentów niepalących ( $p < 0,001$ ) (13).

Do ciekawych spostrzeżeń doszli niemieccy badacze, analizujący wpływ poczucia koherencji oraz występowania określonych zaburzeń natury psychicznej u 530 studentów medycyny w czterosemestralnym przedziale czasowym. W powyższych badaniach udowodniono cykliczny spadek SOC oraz współistnienie objawów depresji i lęku w poszczególnych latach studiów (30). Współistnienie korelacji SOC z depresją i lękiem wśród studentów na poziomie istotności statystycznej dla obu płci opisywali w poprzednich latach także inni autorzy (24). Interesującym kierunkiem badań jest coraz częstsza próba oceny wpływu typu osobowości na poczucie koherencji (31).

Hipotezy dotyczące współistnienia dodatniej korelacji pomiędzy poczuciem koherencji a poziomem zachowań zdrowotnych potwierdzono w badaniach własnych. Zarówno w badaniach z 2009 roku, jak i z 2012 roku zaobserwowano stabilną, wprost proporcjonalną statystycznie istotną zależność pomiędzy IZZ a SOC badanych studentów (T1:  $r = 0,33$ ; T2:  $r = 0,32$ ). Wzrost IZZ wraz ze wzrostem SOC na poziomie wysokiej statystycznej istotności ( $p < 0,001$ ) opisano również w doniesieniach innych badaczy (29). W literaturze światowej istnieją także doniesienia mówiące o dodatniej korelacji liniowej SOC oraz zachowań prozdrowotnych wśród młodzieży akademickiej (32). Szwedzcy badacze oceniający poczucie koherencji, wybrane czynniki prozdrowotne oraz wpływ różnych form kształcenia młodych ludzi (16-21 lat) zaobserwowali dodatnią korelację pomiędzy

SOC a wypadkową aktywności fizycznej w postaci ocen z wychowania fizycznego ( $r = 0,22$ ), co pokrywa się z wynikami badań własnych z 2012 roku ( $r = 0,20$ ) (33).

Analiza zależności pomiędzy poczuciem koherencji a zachowaniami związanymi ze zdrowiem udowodniła, że istnieje związek pomiędzy poziomem poczucia koherencji i jego składowymi (poziomem poczucia zrozumiałości, zaradności, sensowności). Im wyższy poziom poczucia koherencji, tym wyższa tendencja do podejmowania zachowań prozdrowotnych. Wyniki mogą mieć ważne znaczenie teoretyczne i praktyczne. Poczucie koherencji stanowi jeden z najważniejszych zasobów człowieka chroniących go przed destrukcyjnym wpływem sytuacji trudnych. Warto więc w procesie nauczania kształtować doświadczenia, które będą spójne, zrozumiałe i powodujące wzmocnienie poczucia koherencji wśród studentów. Takie możliwości daje prowadzenie aktywnych form nauczania oraz treningów interpersonalnych, antystresowych i asertywności. Podejmując badania, sugerowano się również oczekiwaniem, że oprócz wzbogacenia istniejącej wiedzy w tym zakresie wyniki będą wykorzystane w praktycznej realizacji działań w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej oraz w kształtowaniu prozdrowotnego stylu życia wśród młodzieży akademickiej.

## WNIOSKI

1. Poczucie koherencji nie uległo istotnej zmianie w trzyletnim okresie studiów badanej grupy osób.
2. Poziom zachowań zdrowotnych w 2012 roku wzrósł istotnie w kierunku pozytywnym w porównaniu z rokiem 2009, w szczególności w kategoriach „prawidłowe nawyki żywieniowe” i „zachowania profilaktyczne”.
3. Poczucie koherencji i jego składowe (poczucie zrozumiałości, zaradności, sensowności) są czynnikami oddziałującymi jednakowo w pozytywny sposób na zachowania zdrowotne, zarówno w badaniach przeprowadzonych w 2009 roku, jak i w badaniach powtórzonych w roku 2012.

## REKOMENDACJE

Niniejsza praca jest pierwszym w Polsce doniesieniem dokumentującym dynamikę i związku pomiędzy poczuciem koherencji a poziomem zachowań zdrowotnych na przykładzie środowiska ludzi młodych – młodzieży akademickiej. Prowadzone badania własne pokazują w sposób wyraźny, że poczucie koherencji oddziałuje pozytywnie na podejmowanie zachowań zdrowotnych, wpływając korzystnie na zdrowie młodzieży akademickiej. Model salutogenetyczny Antonovsky'ego jest koncepcją dość nową i niezwykle ważną dla takich dziedzin nauki, jak: psychologia zdrowia, zdrowie publiczne i promocja zdrowia. Autor koncepcji z uwagi na wyraźny krytycyzm dotyczący przerzucaniu odpowiedzialności za zdrowie na styl życia, pominął szersze rozważanie tych zależności, sprawiając, że jest to temat wciąż otwarty dla dalszych badań i analiz (5). Zmusza to badaczy zajmujących się tą problematyką do kontynuacji

prac, które pozwolą przedstawić związki pomiędzy poziomem poczucia koherencji a podejmowaniem zachowań sprzyjających zdrowiu. Jednocześnie pozwolą szczegółowo zidentyfikować czynniki związane z SOC w trakcie trwania podjętych studiów. Otrzymane wyniki własne potwierdzają istnienie powyższej zależności i mogą mieć ważne znaczenie teoretyczne i praktyczne. Poczucie koherencji stanowi jeden z najważniejszych zasobów człowieka chroniących go przed destrukcyjnym wpływem sytuacji trudnych. Warto więc w procesie nauczania kształtować doświadczenia, które będą spójne, zrozumiałe i powodujące wzmocnienie poczucia koherencji wśród studentów.

### OGRANICZENIA

Badana populacja studentów pochodziła z dwóch największych lokalnych uczelni Polski południowo-wschodniej, co może mieć odzwierciedlenie w analizie i wynikach.

Rekomenduje się w przyszłości zbadać relację między poziomem poczucia koherencji a wzorami zachowań związanych ze zdrowiem wśród młodzieży akademickiej innych uniwersytetów w Polsce oraz państwach sąsiadujących: Ukrainy czy Słowacji.

### PODZIĘKOWANIA

Autorzy chcieliby wyrazić wdzięczność Rektorowi Uniwersytetu Rzeszowskiego i Rektorowi Politechniki Rzeszowskiej oraz Dziekanom: Wydziału Medycznego, Matematyczno-Przyrodniczego, Filologicznego, Ekonomii, Budowy Maszyn i Lotnictwa oraz Zarządzania, gdzie zostały przeprowadzone badania i podziękować za umożliwienie ich przeprowadzenia.

Autorzy pragną również podziękować dr. Markowi Sobolewskiemu za pomoc i przeprowadzenie wnikliwej analizy statystycznej niniejszej pracy.

### KONFLIKT INTERESÓW CONFLICT OF INTEREST

Brak konfliktu interesów  
None

### ADRES DO KORESPONDENCJI

Monika Binkowska-Bury  
Przyrodniczo-Medyczne Centrum  
Badań Innowacyjnych  
Uniwersytet Rzeszowski  
ul. Warzywna 3A, 35-328 Rzeszów  
tel. + 48 882-082-233  
mbinkowskabury@gmail.com

### PIŚMIENNICTWO

1. Antonovsky A: Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well. Jossey-Bass Inc, San Francisco 1987.
2. Antonovsky A: Can attitudes contribute to health? *Advances. The Journal of Mind-Body Health* 1992; 8: 33-49.
3. Antonovsky A: The structure and properties of Sense of Coherence SCALE. *Soc Sci Med* 1993; 36: 725-733.
4. Antonovsky A: Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Wydawnictwo Fundacji Instytutu Pamięci Narodowej, Warszawa 1995.
5. Sęk H: Salutogeneza i funkcjonalne właściwości poczucia koherencji. [W:] Sęk H, Pasikowski T (red.): *Zdrowie – stres – zasoby. O znaczeniu poczucia koherencji dla zdrowia*. Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2001: 13-42.
6. Dolińska-Zygmunt G: Behawioralne wyznaczniki zdrowia – zachowania zdrowotne. [W:] Dolińska-Zygmunt G (red.): *Podstawy psychologii zdrowia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001: 31-52.
7. Nergiz-Unal R, Bilgiç P, Yabancı N: High tendency to the substantial concern on body shape and eating disorders risk of the students majoring Nutrition or Sport Sciences. *Nutr Res Pract* 2014; 8: 713-718.
8. Amin-Esmaeili M, Rahimi-Movaghar A, Yunesian M et al.: Trend of smoking among students of Tehran University of Medical Sciences: results from four consecutive surveys from 2006 to 2009. *Med J Islam Repub Iran* 2013; 27: 168-178.
9. Hu D, Taylor T, Blow J, Cooper TV: Multiple health behaviors: patterns and correlates of diet and exercise in a Hispanic college sample. *Eat Behav* 2011; 12: 296-301.
10. Bíró E, Balajti I, Adány R, Kósa K: Determinants of mental well-being in medical students. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010; 45: 253-258.
11. Bojar I, Wdowiak L, Humeniuk E, Błaziak P: Change in the quality of diet during pregnancy in comparison with WHO and EU recommendations-environmental and sociodemographic conditions. *Ann Agric Environ Med* 2006; 13: 281-286.
12. Pawlińska-Chmara R, Wronka I, Suliga E, Broczek K: Socio-economic factors and prevalence of underweight and overweight among female students in Poland. *J Comp Hum Biol* 2007; 58: 309-318.
13. Peker K, Bermek G, Uysal O: Factors related to sense of coherence among dental students at Istanbul University. *J Dent Educ* 2012; 76: 774-782.
14. Mikami A, Matsushita M, Adachi H et al.: Sense of coherence, health problems, and presenteeism in Japanese university students. *Asian J Psychiatr* 2013; 6: 369-372.
15. Gruszczńska E: Discriminant validity of sense of coherence vs trait anxiety in explaining emotional state in an experimental task. *Psychol Rep* 2014; 115: 228-241.
16. Koniarek J, Dudek B, Makowska Z: Kwestionariusz Orientacji Życiowej. Adaptacja The Sense of Coherence Questionnaire (SOC) A. Antonovsky'ego. *Prz Psych* 1993; 4: 491-502.



17. Mroziak B: A. Antonovsky'ego koncepcja salutogenezy i poczucia koherencji (SOC). *Nowiny Psychol* 1994; 1: 6-16.
18. Juczyński Z: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2001.
19. Petrie A, Sabin C: *Medical Statistics at a Glance*. 2<sup>nd</sup> ed. Blackwell Publishing Ltd, Oxford 2005.
20. Steptoe A, Wardle J, Cui W et al.: Trends in smoking, diet, physical exercise, and attitudes toward health in European university students from 13 countries, 1990-2000. *Prev Med* 2002; 35: 94-104.
21. Ying YW, Lee PA, Tsai JL: Attachment, sense of coherence, and mental health among Chinese American college students: variation by migration status. *Int J Intercult Rel* 2007; 31: 531-544.
22. Lam BT: Impact of perceived racial discrimination and collective self-esteem on psychological distress among Vietnamese-American college students: sense of coherence as mediator. *Am J Orthopsychiatry* 2007; 77: 370-376.
23. Togari T, Yamazaki Y, Takayama TS et al.: Follow-up study on the effects of sense of coherence on well-being after two years in Japanese university undergraduate students. *Pers Individ Differ* 2008; 44: 1335-1347.
24. von Bothmer MI, Fridlund B: Self-rated health among university students in relation to sense of coherence and other personality traits. *Scand J Caring Sci* 2003; 17: 347-357.
25. Togari T, Sato M, Otemori R et al.: Sense of coherence in mothers and children, family relationships and participation in decision-making at home: an analysis based on Japanese parent-child pair data. *Health Promot Int* 2012; 27: 148-156.
26. Kuuppelomäki M, Utriainen P: A 3 year follow-up study of health care students' sense of coherence and related smoking, drinking and physical exercise factors. *Int J Nurs Stud* 2003; 40: 383-388.
27. Tessini-Gambetta K, Marino R, Morgan M et al.: Stress and Health-Promoting Attributes in Australian, New Zealand, and Chilean Dental Students. *J Dent Educ* 2013; 77: 801-809.
28. Kulesza-Bronczyk B, Dobrzycka B, Sobieranska JM et al.: Health behaviors and knowledge of birth control methods among students. *Prog Health Sci* 2014; 4: 136-143.
29. Posadzki P, Stockl A, Musonda P, Tsouroufli M: A mixed-method approach to sense of coherence, health behaviors, self-efficacy and optimism: towards the operationalization of positive health attitudes. *Scand J Psychol* 2010; 51: 246-252.
30. Burger PHM, Tektas OY, Paulsen F, Scholz M: From Freshmanship to the First "Staatsexamen" – Increase of Depression and Decline in Sense of Coherence and Mental Quality of Life in Advanced Medical Students. *Psychoter Psych Med* 2014; 64: 322-327.
31. Grevenstein D, Bluemke M: Can the Big Five explain the criterion validity of Sense of Coherence for mental health, life satisfaction, and personal distress? *Pers Individ Differ* 2015; 77: 106-111.
32. Suraj S, Singh A: Study of sense of coherence health promoting behavior in north Indian students. *Indian J Med Res* 2011; 134: 645-652.
33. Kristensson P, Ohlund LS: Swedish upper secondary school pupils' sense of coherence, coping resources and aggressiveness in relation to educational track and performance. *Scand J Caring Sci* 2005; 19: 77-84.

nadesłano: 06.07.2017

zaakceptowano do druku: 27.07.2017