









Czy lekarze prowadzą zdrowszy styl życia niż w czasie, gdy byli studentami?

Do physicians lead healthier lifestyles than when they were students?

Tomasz S. Klocek¹ , Przemysław Witek¹ , Patryk Wawrzonkowski¹ , Aleksandra Binek¹ , Nadia Woźniak¹ ,
Łukasz Krzych² 

¹Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Polska / Students' Scientific Club, Department of Anaesthesiology and Intensive Care, Faculty of Medical Sciences in Katowice, Medical University of Silesia, Katowice, Poland

²Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Polska / Department of Anaesthesiology and Intensive Care, Faculty of Medical Sciences in Katowice, Medical University of Silesia, Katowice, Poland

STRESZCZENIE

WSTĘP: Styl życia jest głównym determinantem zdrowia, może jednak zmieniać się z biegiem lat. Studentów cechują zwykle „gorsze” zachowania zdrowotne niż te u osób dorosłych. To ciekawe zjawisko nie było badane w środowisku lekarskim. Celem pracy była ocena stylu życia lekarzy w porównaniu z ich zachowaniami z lat studenckich.

MATERIAŁ I METODY: Badanie przekrojowe przeprowadzono w 2020 r. z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza oceniającego różne elementy stylu życia, które klasyfikowano jako „zdrowe” lub „niezdrowe” na podstawie rekomendacji Światowej Organizacji Zdrowia. W badaniu uczestniczyło 112 lekarzy (64,3% mężczyzn i 35,7% kobiet); mediana wieku wynosiła 37 lat (IQR 36–38). Wyniki porównano z danymi otrzymanymi w tej grupie na podstawie tego samego kwestionariusza dystrybuowanego w latach 2003–2005, tj. gdy badani byli studentami medycyny.

WYNIKI: Zaobserwowano istotne, korzystne zmiany dotyczące rzadszego spożycia posiłków z dużą zawartością soli kuchennej ($p < 0,01$) oraz częstszego spożycia warzyw i owoców ($p < 0,01$). Zaobserwowano zwiększenie częstości picia kawy ($p < 0,01$). W pozostałym zakresie nawyki żywieniowe i stosowanie używek pozostawały niezmiennie. Nie stwierdzono różnic dotyczących aktywności fizycznej, występowania stresu oraz jego charakteru (mobilizujący/destabilizujący).

WNIOSKI: Styl życia lekarzy nie zmienia się znacząco w porównaniu z latami studenckimi, co można wiązać z przyzwyczajeniami z lat młodości.

SŁOWA KLUCZOWE

studenci, lekarze, zdrowie, styl życia

Received: 02.04.2022

Revised: 27.04.2022

Accepted: 18.08.2022

Published online: 06.02.2023

Adres do korespondencji: lek. Tomasz S. Klocek, Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, ul. Medyków 14, 40-752 Katowice, tel. +48 784 810 747, e-mail: ttomek1996@gmail.com



Artykuł opublikowany w modelu Open Access i udostępniony na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa-Na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-SA 4.0), określającej zasady jego wykorzystania. Dozwolone jest kopiowanie, zmienianie, rozprowadzanie i przedstawianie utworu w dowolnym celu, także komercyjnym, pod warunkiem oznaczenia autorstwa i wykonanych modyfikacji utworu, jeśli takie zostały wykonane, a przetwarzając lub tworząc na podstawie utworu, należy udostępnić swoje dzieło na tej samej licencji co oryginał. Pełny tekst licencji dostępny na stronie <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/legalcode.pl>.

Wydawca: Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

**ABSTRACT**

INTRODUCTION: Lifestyle is a major determinant of health, but this can change over time. Students tend to have worse health behaviors than adults. This interesting phenomenon has not been verified in relation to the medical community. The aim of this study was to evaluate the lifestyle of physicians and compare it with their habits from their student years.

MATERIAL AND METHODS: A cross-sectional study was conducted in 2020 using an original questionnaire assessing various lifestyle elements that were classified as “healthy” or “unhealthy” based on World Health Organization recommendations. 112 physicians (64.3% male and 35.7% female) with a median age of 37 years (IQR 36–38) participated in the study. The results were compared with data obtained in this group from the same questionnaire distributed between 2003 and 2005, i.e. when the subjects were medical students.

RESULTS: Significant favorable changes were observed regarding less frequent consumption of meals with a high content of table salt ($p < 0.01$) and increased consumption of fruits and vegetables ($p < 0.01$). An increased frequency of coffee drinking was observed ($p < 0.01$). Their dietary habits and stimulant use remained unchanged. There were no differences in physical activity, the occurrence of stress or its nature (mobilizing or destabilizing).

CONCLUSIONS: The lifestyles of physicians do not change significantly compared to their student years, which may be related to the habits from their youth.

KEY WORDS

students, doctors, health, lifestyle

WSTĘP

Definicja stylu życia obejmuje codzienne zachowania, funkcjonowanie jednostek w pracy, w czasie wolnym oraz nawyki żywieniowe [1]. Wpływ na nie ma wychowanie, charakter pracy oraz tempo życia. [2]. Na zdrowy styl życia składa się wiele zmiennych, takich jak prawidłowo zbilansowana dieta, regularna aktywność fizyczna oraz unikanie używek. Do składowych zdrowego stylu życia często dodaje się również czas trwania oraz jakość snu.

Studia medyczne oraz zawód lekarza z jednej strony kształtują prawidłowe zachowania zdrowotne, z drugiej mogą zaburzać zdrowe nawyki i prowadzić do nowych, szkodliwych zachowań [3]. Studenci medycyny, a potem lekarze, którzy prowadzą zdrowy styl życia, są bardziej skłonni do zalecania pacjentom zmiany nawyków. Według Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization – WHO) styl życia w około 60% odpowiada za stan zdrowia i jakość życia jednostki [1]. Niezdrowy styl życia stanowi podstawę wielu chorób, głównie układu sercowo-naczyniowego, oddechowego czy pokarmowego. Istotnym elementem jest edukacja prozdrowotna, prowadzona przez specjalistów i ekspertów w tej dziedzinie, która ma na celu zwiększenie świadomości społecznej [4,5]. Studia medyczne są wymagające, a ich realizacja może skutkować niekorzystnymi zmianami stylu życia i codziennych nawyków [3]. Jak dotąd w naszym kraju nie prowadzono badań w tak długim zakresie czasowym w odniesieniu do środowiska lekarskiego.

Celem pracy była ocena stylu życia aktywnych zawodowo lekarzy – młodych dorosłych w porównaniu z ich zachowaniami z lat studenckich. Postanowiono zweryfikować, czy zmiana aktywności zawodowej (z okresu studiów do pracy zawodowej osoby z 15-letnim doświadczeniem) wpłynęła na zachowania zdrowotne,

a jeśli tak, czy była to zmiana prozdrowotna, czy wręcz przeciwnie.

MATERIAŁ I METODY

Ankietowe badanie przekrojowe prowadzono w okresie od listopada 2019 r. do lutego 2020 r. Na podstawie danych osobowych uczestników badania z lat 2003–2005, wówczas studentów kierunku lekarskiego, a obecnie praktykujących lekarzy, personalia uaktualniono z wykorzystaniem Rejestru Praktyk Zawodowych. Po uzyskaniu numerów telefonów kontaktowano się z ankietowanymi w celu uzyskania ich zgody na udział w badaniu oraz aktualnego adresu e-mail.

W latach 2003–2005 został zaprojektowany kwestionariusz zawierający 17 pytań, służących ocenie stylu życia studentów kierunku lekarskiego [6]. Ankieta składała się z dwóch części: danych demograficznych oraz pytań odnoszących się do stylu życia. Pytania dotyczyły m.in. spożycia soli, tłuszczów, alkoholu, palenia papierosów, a więc czynników ryzyka sercowo-naczyniowego, chorób układu oddechowego czy pokarmowego, odczuwania stresu oraz czasu trwania snu. Ankieta została wówczas przeprowadzona w formie papierowej wśród 532 studentów, którzy wyrazili chęć udziału w badaniu. Ten sam kwestionariusz posłużył jako narzędzie badawcze w 2020 r. do ponownej oceny stylu życia oraz porównania odpowiedzi tych osób, będących już aktywnymi zawodowo lekarzami. Kwestionariusz dystrybuowano w formie elektronicznej, e-mailowo poprzez link do formularza „Google Forms”. Grupę badaną stanowiło 112 lekarzy (64,3% mężczyzn i 35,7% kobiet; mediana wieku 37 lat (IQR 36–38)), którzy wyrazili zgodę na udział w badaniu.

Odpowiedzi na pytania kwestionariuszowe zostały sklasyfikowane jako „zdrowy nawyk” lub „niezdrowy nawyk” na podstawie rekomendacji WHO [7]. Sposób



klasyfikacji odpowiedzi przedstawiono w tabeli I. Odpowiedzi na pytania „Jak często pijesz kawę?” oraz „Czy obserwujesz u siebie skutki stresu?” odbiegały od opisanej klasyfikacji, dlatego sposób ich interpretacji został zmieniony. Dodatkowo badanych podzielono z uwzględnieniem wskaźnika masy ciała (*body mass index* – BMI) na subkategorie: nieprawidłowo niskie BMI ($< 18,5 \text{ kg/m}^2$), wartość prawidłowa ($\leq 18,5$ – 25 kg/m^2), nadwaga (≤ 25 – 30 kg/m^2) oraz otyłość ($\geq 30 \text{ kg/m}^2$). Dane porównano z odpowiedziami udzielonymi w czasach studenckich, archiwizowanymi w bazie danych autora (ŁJK).

Analizę statystyczną prowadzono z wykorzystaniem procedur dostępnych w programie MedCalc oraz

arkusza kalkulacyjnym Microsoft Excel. Dane jakościowe zostały przedstawione jako wartości całkowite oraz odsetek wartości całkowitej (%). Porównania danych jakościowych dokonano za pomocą testu McNemara. Ocenę rozkładu danych ilościowych przeprowadzono za pomocą testu Shapiro i Wilka. Wartości danych ilościowych zostały przedstawione jako średnie i odchylenia standardowe (rozkład normalny), a także mediany i przedziały międzykwartylowe (rozkład odbiegający od normalnego). W przypadku rozkładu normalnego do testowania różnic między grupami użyto testu t-Studenta dla zmiennych powiązanych, natomiast jeśli rozkład odbiegał od normalnego – testu Wilcoxon. Za statystycznie znamienne uznano $p < 0,05$.

Tabela I. Klasyfikacja odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszu

Table I. Classification of questionnaire responses

Pytanie kwestionariuszowe	Zdrowy nawyk	Niezdrowy nawyk
Czy spożywasz regularnie posiłki?	tak	nie
Czy preferujesz w swojej codziennej diecie posiłki z dużą ilością soli kuchennej?	nie	tak
Jak często spożywasz posiłki z wysoką zawartością tłuszczów zwierzęcych?	rzadziej niż kilka razy w miesiącu nigdy	codziennie kilka razy w tygodniu kilka razy w miesiącu
Jak często spożywasz słodczy?	rzadziej niż kilka razy w miesiącu nigdy	codziennie kilka razy w tygodniu kilka razy w miesiącu
Jak często spożywasz mleko i sery?	codziennie kilka razy w tygodniu kilka razy w miesiącu	rzadziej niż kilka razy w miesiącu nigdy
Jak często spożywasz owoce i warzywa?	codziennie kilka razy w tygodniu kilka razy w miesiącu	rzadziej niż kilka razy w miesiącu nigdy
Jak często pijesz napoje alkoholowe?	rzadziej niż kilka razy w miesiącu nigdy	codziennie kilka razy w tygodniu kilka razy w miesiącu
Jak często palisz papierosy?	nigdy	codziennie kilka razy w tygodniu kilka razy w miesiącu rzadziej niż kilka razy w miesiącu
Jak często uprawiasz ćwiczenia fizyczne?	codziennie kilka razy w tygodniu kilka razy w miesiącu	rzadziej niż kilka razy w miesiącu nigdy
Ile czasu dziennie przeznaczasz na sen?	6–8 h > 8 h	< 6 h
	Piję kawę	Nie piję kawy
Jak często pijesz kawę?	codziennie kilka razy w tygodniu kilka razy w miesiącu rzadziej niż kilka razy w miesiącu	nigdy
	Obserwuję skutki stresu	Nie obserwuję skutków stresu
	pozytywne	negatywne
Czy obserwujesz u siebie skutki stresu?	tak, stres jest dla mnie mobilizujący	tak, stres jest dla mnie destabilizujący nie



WYNIKI

Charakterystykę grupy badanej przedstawiono w tabeli II. Stwierdzono znamienne statystycznie wzrost masy ciała ($p < 0,01$), a tym samym BMI ($p < 0,01$) u ankietowanych w porównaniu z ich parametrami w pierwszej części badania. W kwestii palenia papierosów u 5 lekarzy zaobserwowano zmianę częstości z „nigdy” na „codziennie”, natomiast u 10 osób z „codziennie” na „nigdy”.

Wyniki analizy dotyczącej zmian w stylu życia lekarzy przedstawiono w tabeli III. Zaobserwowano istotne zmiany w zakresie spożycia posiłków z dużą zawartością soli kuchennej (61 osób zmieniło nawyki na zdrowsze; $p < 0,01$) oraz częstości spożywania warzyw i owoców (11 osób zmieniło nawyki na zdrowsze; $p < 0,01$). Zaobserwowano zwiększenie spożycia kawy (19 osób częściej pije kawę niż w latach studenckich; $p < 0,01$). Nie stwierdzono różnic dotyczących pozostałych używek, aktywności fizycznej, występowania stresu oraz jego charakteru (mobilizujący/destabilizujący) na przestrzeni lat.

Tabela II. Charakterystyka badanych i ich styl życia
Table II. Characteristics of respondents and their lifestyle

Charakterystyka		Studenci (2003–2005)	Lekarze (2020)
1		2	3
Płeć	kobieta	40 (35,7%)	
	mężczyzna	72 (64,3%)	
Wiek (lata)		21 (20–23)	37 (36–38)
Wzrost (cm)		175 ($\pm 9,7$)	175 ($\pm 9,6$)
Masa ciała (kg)		70 (60–76)	76 (66–85)
BMI (kg/m ²)		22 (21–24)	24 (22–27)
Czy spożywasz regularnie posiłki?	tak	64 (57,1%)	62 (55,4%)
	nie	48 (42,9%)	50 (44,6%)
Czy preferujesz w swojej codziennej diecie posiłki z dużą ilością soli kuchennej?	tak	68 (60,7%)	11 (9,8%)
	nie	44 (39,3%)	101 (90,2%)
Jak często spożywasz posiłki z wysoką zawartością tłuszczów zwierzęcych?	codziennie	20 (17,9%)	12 (10,7%)
	kilka razy w tygodniu	50 (44,6%)	57 (50,9%)
	kilka razy w miesiącu	28 (25,0%)	31 (27,7%)
	rzadziej niż kilka razy w miesiącu	8 (7,1%)	12 (10,7%)
	nigdy	6 (5,4%)	0 (0%)
Jak często spożywasz słodcze?	codziennie	35 (31,2%)	28 (25,0%)
	kilka razy w tygodniu	51 (45,6%)	50 (44,6%)
	kilka razy w miesiącu	19 (16,9%)	24 (21,4%)
	rzadziej niż kilka razy w miesiącu	6 (5,4%)	10 (9,0%)
	nigdy	1 (0,9%)	0 (0%)
Jak często spożywasz mleko i sery?	codziennie	38 (33,9%)	64 (57,1%)
	kilka razy w tygodniu	57 (50,9%)	40 (35,7%)
	kilka razy w miesiącu	15 (13,4%)	3 (2,7%)
	rzadziej niż kilka razy w miesiącu	1 (0,9%)	2 (1,8%)
	nigdy	1 (0,9%)	3 (2,7%)
Jak często spożywasz owoce i warzywa?	codziennie	34 (30,4%)	82 (73,2%)
	kilka razy w tygodniu	64 (57,1%)	26 (23,2%)
	kilka razy w miesiącu	13 (11,6%)	3 (2,7%)
	rzadziej niż kilka razy w miesiącu	1 (0,9%)	1 (0,9%)
	nigdy	0 (0%)	0 (0%)
Jak często pijesz kawę?	codziennie	60 (53,6%)	93 (83,0%)
	kilka razy w tygodniu	18 (16,1%)	7 (6,3%)
	kilka razy w miesiącu	11 (9,8%)	5 (4,5%)
	rzadziej niż kilka razy w miesiącu	8 (7,1%)	3 (2,7%)
	nigdy	15 (13,4%)	4 (3,6%)



cd. tab. II

	1	2	3
Jak często pijesz napoje alkoholowe?	codziennie	1 (0,9%)	2 (1,8%)
	kilka razy w tygodniu	7 (6,3%)	24 (21,4%)
	kilka razy w miesiącu	66 (58,9%)	58 (51,8%)
	rzadziej niż kilka razy w miesiącu	30 (26,8%)	25 (22,3%)
	nigdy	8 (7,1%)	3 (2,7%)
Jak często palisz papierosy?	codziennie	22 (19,6%)	12 (10,7%)
	kilka razy w tygodniu	6 (5,4%)	5 (4,5%)
	kilka razy w miesiącu	1 (0,9%)	5 (4,5%)
	rzadziej niż kilka razy w miesiącu	2 (1,8%)	6 (5,4%)
	nigdy	81 (72,3%)	84 (75,0%)
Jak często uprawiasz ćwiczenia fizyczne?	codziennie	5 (4,5%)	7 (6,3%)
	kilka razy w tygodniu	60 (53,6%)	45 (40,2%)
	kilka razy w miesiącu	31 (27,7%)	39 (34,8%)
	rzadziej niż kilka razy w miesiącu	14 (12,5%)	14 (12,5%)
	nigdy	2 (1,8%)	7 (6,3%)
Czy obserwujesz u siebie skutki stresu?	nie	20 (17,8%)	15 (13,4%)
	tak, stres jest dla mnie mobilizujący	49 (43,8%)	56 (50,0%)
	tak, stres jest dla mnie destabilizujący	43 (38,4%)	41 (36,6%)
Ile czasu dziennie przeznaczasz na sen?	< 6 h	34 (30,3%)	26 (23,2%)
	6–8 h	77 (68,8%)	82 (73,2%)
	> 8 h	1 (0,9%)	4 (3,6%)

Tabela III. Zmiany stylu życia lekarzy w porównaniu z okresem studiów
Table III. Physicians' lifestyle changes compared to their period of studies

Składowe stylu życia	Zmiana nawyków		Pozostanie przy nawykach		Test McNemara (%)	95% CI	p
	na zdrowsze	na mniej zdrowe	zdrowych	niezdrowych			
Regularność posiłków	25	27	37	23	1,79	-10,83 do 14,40	0,9
Spożycie soli kuchennej	61	4	40	7	-50,89	-61,39 do -40,39	< 0,01
Spożycie tłuszczów zwierzęcych	18	17	25	52	-0,89	-11,24 do 9,46	1,0
Spożycie słodczy	21	13	13	65	-7,14	-17,26 do 2,96	0,2
Spożycie nabiału	1	4	106	1	2,68	-1,20 do 6,56	0,4
Spożycie owoców i warzyw	11	1	97	3	-8,93	-14,76 do -3,10	< 0,01
Spożycie alkoholu	15	25	13	59	8,93	-2,02 do 19,87	0,2
Palenie papierosów	17	14	67	14	-2,68	-12,41 do 7,05	0,7
Wysiłek fizyczny	16	29	36	31	11,61	0,07 do 23,15	0,07
Sen	27	19	59	7	-7,14	-18,94 do 4,65	0,3

Spośród studentów 95 osób (85%) miało prawidłowe BMI, natomiast 17 (15%) nadwagę. W 2020 r. do kategorii masy prawidłowej zakwalifikowano 57 osób; spośród nich 53 nie zmieniły kategorii BMI, natomiast 4 pierwotnie cechowała nadwaga. Wśród badanych w 2020 r. nadwagę miało 49 osób, z czego 9 pozostało w tej kategorii, natomiast u 40 BMI wzrosło z wartości prawidłowych. Dodatkowo 6 osób znalazło się w kategorii osób otyłych, z czego 2 wcześniej kwalifikowano jako osoby z prawidłowym BMI, natomiast 4 w 2004 r. miały nadwagę. Największy przyrost BMI wyniósł 16 kg/m², natomiast największy spadek to 4 kg/m².

Średnia zmiana BMI to +2 kg/m². Charakter zmian kategorii BMI był znamiennej statystycznie ($p < 0,01$). Przeanalizowano zmianę nawyków żywieniowych u osób, które wyjściowo w 2004 r. miały prawidłowe BMI lub nadwagę (nie było innych kategorii). Osoby z prawidłowym BMI zmieniły nawyki na zdrowsze pod względem spożycia owoców (9 osób zmieniło nawyki na zdrowsze, 1 na mniej zdrowe; $p < 0,05$), słodczy (21 osób zmieniło nawyki na zdrowsze, 9 na mniej zdrowe; $p < 0,05$) oraz soli kuchennej (54 osoby zmieniły nawyki na zdrowsze, 3 na mniej zdrowe; $p < 0,01$), natomiast na mniej zdrowe w przypadku aktywności



fizycznej (28 osób zmieniło nawyki na mniej zdrowe, 14 na zdrowsze; $p < 0,05$). U osób z nadwagą w 2004 r. nie wykazano istotnych zmian w stylu życia. Osoby, u których BMI wzrosło, cechowała korzystna zmiana w częstotliwości spożycia soli kuchennej (24 osoby zmieniły nawyk na bardziej zdrowy; $p < 0,01$), natomiast mniej zdrowa zmiana dotyczyła aktywności fizycznej (zmiana na mniej zdrowy nawyk u 15 osób; $p < 0,05$). U osób, które były otyłe w 2020 r., podczas pierwszego badania ankietowego dominowały niezdrowe nawyki dotyczące niskiej aktywności fizycznej przy jednocześnie wysokim spożyciu słodczy oraz tłuszczów zwierzęcych. Przyzwyczajenia te nie uległy poprawie w kolejnym badaniu.

DYSKUSJA

Wyniki pokazują, że zachowania i nawyki lekarzy – uczestników badania pozostają w dużej mierze niezmiennie na przestrzeni lat. Może się to wiązać z przyzwyczajeniami wyniesionymi z domu rodzinnego, jak i ogólnymi trendami społecznymi w populacji [8,9]. Badania wskazują wpływ przyzwyczajzeń żywieniowych wyniesionych z domu rodzinnego na przyszłe nawyki związane z różnorodnością przyjmowanych pokarmów, kolejno podczas studiów oraz po ich ukończeniu [2,10]. Okazuje się, że w badanej grupie pozycja zawodowa i zmiana wykonywanego zajęcia (student – lekarz) nie ma wpływu na dietę ani regularność wysiłku fizycznego. Warto zauważyć, że nawyki żywieniowe, zarówno wyjściowo zdrowe, dotyczące regularności posiłków czy spożycia nabiału, jak i wyjściowo niezdrowe, dotyczące wysokiego spożycia słodczy lub tłuszczów zwierzęcych, pozostają niezmiennie. Należy więc zadać pytanie, czy jest to kwestia dotycząca jedynie tej relatywnie wąskiej grupy badanej, czy raczej problem populacji. Logicznym wnioskiem byłaby poprawa jakości życia w związku ze zwiększeniem świadomości i wiedzy na temat zdrowych nawyków, jednak zarówno niniejsze badanie, jak i inne [11,12] pokazują, że takie wnioski niekoniecznie są zgodne z realiami. Dodatkowym elementem pobudzającym ciekawość jest punkt wyjścia w kształtowaniu nawyków u konkretnych osób. Różnorodne elementy wpływające na kształtowanie nawyków żywieniowych u rodzin mogą wpływać na styl życia osób dorosłych, opuszczających dom rodzinny [2]. Rozważania te mogą być podstawą podobnych badań w środowisku zarówno studenckim, jak i lekarskim oraz służyć głębszym przemyśleniom dotyczącym konkretnych przyzwyczajzeń.

Aktywność fizyczna

Wymagający tryb życia pracowników ochrony zdrowia nie sprzyja regularnej aktywności fizycznej. W badaniach przeprowadzonych przez Bandaya i wsp. [13] w Arabii Saudyjskiej wykazano, że 34,8% lekarzy

prowadziło nieaktywny styl życia. Badanie przeprowadzone wśród irlandzkich lekarzy również ujawniło niepokojące wyniki – 24,5% spośród badanych zadeklarowało brak aktywności fizycznej [12]. W badaniu Biernat i wsp. [14] wskazano, że aż 53% lekarzy i 51% lekarek w warszawskich szpitali prezentowało małą aktywność fizyczną. Wśród naszych ankietowanych 29 osób (26%) zmieniło nawyki na mniej zdrowe, przy czym 53% obecnych lekarzy zadeklarowało, że ćwiczenia uprawia kilka razy w miesiącu lub rzadziej. Na niski poziom aktywności fizycznej u lekarzy mogą mieć wpływ różne czynniki opisane m.in. przez Alahmed i Lobelo [15], którzy wspominają o braku motywacji do podjęcia aktywności fizycznej. Często nieregularny tryb życia, długie godziny pracy dyżurowej oraz nocnej nie wpływają mobilizująco na podejmowanie wysiłku fizycznego częściej niż kilka razy w miesiącu.

Dieta

Jedynie istotne statystycznie zmiany w stylu życia lekarzy dotyczyły zmniejszenia spożycia soli kuchennej oraz warzyw i owoców. Od czasu przedstawienia pierwszej części badania ukazało się wiele materiałów dotyczących niekorzystnego wpływu spożywania dużych ilości soli kuchennej, negatywnie wpływającej na ciśnienie tętnicze krwi i układ sercowo-naczyniowy [16]. Nie można wykluczyć, że kampanie społeczne, a także większa niż w przeciętnej populacji wiedza lekarzy na temat zdrowego trybu życia wpłynęły na zmniejszenie tendencji do solenia potraw w tej grupie [17]. Podobnie jest ze spożyciem warzyw i owoców. Udowodniony pozytywny wpływ regularnego spożywania produktów z tej grupy mógł działać mobilizująco na zmiany żywieniowe u ankietowanych. Należy zwrócić uwagę, że nasza grupa badana jest dość wąska i specyficzna, dlatego nie może dziwić tendencja niewspółmierna do zaobserwowanych w ostatnich latach odmiennych trendach żywieniowych w populacji ogólnej [18].

Dla wielu osób nieodłącznym elementem dnia oraz przerw w pracy stała się kawa. Odsetek Polaków wspomagających się kofeiną jest duży. Według Chudy [19] 95,2%, a według Przybysz i wsp. [20] aż 97% respondentów zadeklarowało picie kawy. W niniejszym badaniu spożywanie tego napoju zadeklarowało 96% lekarzy. Odsetek ten wyraźnie zwiększył się w porównaniu z latami 2003–2005. Przejście z trybu nauki w tryb pracy zmianowej, nocnej zdaje się mieć wpływ na spożycie kawy, które jest większe wśród personelu narażonego na brak snu [21].

Reakcje stresowe

Stres jest nieodłącznym elementem pracy lekarza oraz nauki studenckiej. Mnogość sytuacji stresogennych zarówno w pracy, jak i na studiach wymaga wypracowania mechanizmów obronnych przed stresem oraz jego



długoterminowymi skutkami, takimi jak wypalenie zawodowe, negatywizm czy choroby somatyczne [22]. Z naszego badania wynika, że mechanizmy reakcji na stres u lekarzy nie zmieniają się istotnie w porównaniu z tymi z czasów studenckich. Może mieć to związek ze skutecznością wypracowanych mechanizmów obronnych w przypadku osób, na które stres działa mobilizująco, bądź z brakiem takowych reakcji u osób, na które stres działa destabilizująco. Ważnym elementem walki ze skutkami stresu jest odpowiednia ilość czasu na odpoczynek i relaks. Dlatego czas trwania snu u lekarzy stanowi przedmiot zainteresowania wielu badań [23].

Ograniczenia badania

Głównym ograniczeniem badania jest relatywnie mała liczba ankietowanych w porównaniu z badaniem pierwotnym. Wynika to z trudności w odnalezieniu absolwentów uniwersytetu, bazując jedynie na ich imieniu i nazwisku. Jest to szczególnie istotne w przypadku kobiet – mężatek, co znajduje odzwierciedlenie w małym ich odsetku w grupie badanej. Innym powodem małej

liczby odpowiedzi kwestionariuszowych jest niechęć lekarzy i brak zgody na uczestnictwo w kontynuacji badania. Ponadto zmiany dotyczące spożycia kawy i soli niekoniecznie muszą wynikać z nawyków zdrowotnych. Mniejsza ilość kawy wypijana w czasie studiów mogła być efektem braków finansowych, a mniejsza ilość spożywanej w posiłkach soli może dotyczyć osób z nadciśnieniem tętniczym, dla których jest to konieczność. Ważna jest także różnica w sposobie dystrybucji kwestionariusza: papierowy podczas pierwszego badania, aktualnie zaś internetowy. Zmiana podyktowana była praktycznością i wykonalnością badania – wersja elektroniczna daje możliwość szybszego dotarcia do respondentów i większą swobodę wypowiedzi.

WNIOSKI

Styl życia lekarzy nie zmienia się znacząco w porównaniu z latami studenckimi, co można wiązać z przyzwyczajeniami z lat młodości.

Author's contribution

Study design – T. S. Klocek, P. Witek, P. Wawrzonkowski, A. Binek, N. Woźniak, Ł. Krzych

Data collection – T. S. Klocek, P. Witek, P. Wawrzonkowski, A. Binek, N. Woźniak

Data interpretation – T. S. Klocek, P. Witek, P. Wawrzonkowski, Ł. Krzych

Statistical analysis – T. S. Klocek, Ł. Krzych

Manuscript preparation – T. S. Klocek, P. Witek, P. Wawrzonkowski, A. Binek, N. Woźniak, Ł. Krzych

Literature research – T. S. Klocek, P. Witek, P. Wawrzonkowski, A. Binek, N. Woźniak

PIŚMIENNICTWO

1. Farhud D.D. Impact of lifestyle on health. *Iran J. Public Health*. 2015; 44(11): 1442–1444.
2. Dudek M., Kasznia-Kocot J. Wpływ czynników społeczno-ekonomicznych na zachowania zdrowotne nastolatków mieszkających w Rybniku. *Med. Srod.* 2016; 19(4): 40–47, doi: 10.19243/2016406.
3. Brehm B.J., Sumner S.S., Khoury J.C., Filak A.T., Lieberman M.A., Heubi J.E. Health status and lifestyle habits of US medical students: a longitudinal study. *Ann. Med. Health Sci. Res.* 2016; 6(6): 341–347, doi: 10.4103/amhsr.amhsr 469 15.
4. Pati S., Chauhan A.S., Mahapatra S., Sinha R., Pati S. Practicing health promotion in primary care – a reflective enquiry. *J. Prev. Med. Hyg.* 2017; 58(4): E288–E293, doi: 10.15167/2421-4248/jpmh2017.58.4.749.
5. Paterick T.E., Patel N., Tajik A.J., Chandrasekaran K. Improving health outcomes through patient education and partnerships with patients. *Proc. (Bayl. Univ. Med. Cent.)* 2017; 30(1): 112–113, doi: 10.1080/08998280.2017.11929552.
6. Kowalska M., Zejda J.E., Krzych Ł. Biologiczna zmienność ciśnienia tętniczego krwi u młodych osób dorosłych. *Med. Biol. Sci.* 2006; 20: 63–69.
7. Healthy diet. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2019. Dostępny w internecie: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325828>.
8. Wolańska-Buzalska D., Wiśniewska K. Dieta Polaków a zalecenia żywieniowe – część 1. *Przem. Spoż.* 2019; 73(8): 28–32.
9. Wiśniewska K., Wolańska-Buzalska D. Dieta Polaków a zalecenia żywieniowe – część 2. *Przem. Spoż.* 2019; 73(9): 49–52.
10. Hardcastle S.J., Thøgersen-Ntoumani C., Chatzisarantis N.L. Food choice and nutrition: a social psychological perspective. *Nutrients* 2015; 7(10): 8712–8715, doi: 10.3390/nu7105424.
11. Hegde S.K., Vijaykrishnan G., Sasankh A.K., Venkateswaran S., Parasuraman G. Lifestyle-associated risk for cardiovascular diseases among doctors and nurses working in a medical college hospital in Tamil Nadu, India. *J. Family Med. Prim. Care* 2016; 5(2): 281–285, doi: 10.4103/2249-4863.192355.
12. O' Keeffe A., Hayes B., Prihodova L. "Do as we say, not as we do?" the lifestyle behaviours of hospital doctors working in Ireland: a national cross-sectional study. *BMC Public Health* 2019; 19(1): 179, doi: 10.1186/s12889-019-6451-8.
13. Bandy A.H., Want F.A., Alris F.F., Alrayes M.F., Alenzi M.J. A cross-sectional study on the prevalence of physical activity among primary health care physicians in Aljouf region of Saudi Arabia. *Mater. Sociomed.* 2015; 27(4): 263–266, doi: 10.5455/msm.2015.27.263-266.
14. Biernat E., Poznańska A., Gajewski A.K. Is physical activity of medical personnel a role model for their patients. *Ann. Agric. Environ. Med.* 2012; 19(4): 707–710.
15. Alahmed Z., Lobelo F. Correlates of physical activity counseling provided by physicians: A cross-sectional study in Eastern Province, Saudi Arabia. *PLoS One* 2019; 14(7): e0220396, doi: 10.1371/journal.pone.0220396.
16. Feng W., Dell'Italia L.J., Sanders P.W. Novel paradigms of salt and hypertension. *J. Am. Soc. Nephrol.* 2017; 28(5): 1362–1369, doi: 10.1681/ASN.2016080927.
17. Białek-Dratwa A., Kukielczak A., Czech N., Giętek M. Kampanie społeczne przykładem sposobu propagowania zasad zdrowego żywienia. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2012; 93(2): 414–419.
18. Jąder K. Konsumpcja warzyw w Polsce w różnych typach gospodarstw domowych. *Rocz. Nauk. Stow. Ekon. Rol. Agrobiz.* 2015; 17(3): 144–150.
19. Chudy S. Development of coffee market and changes in coffee consumption among Poles. *J. Agribus. Rural Dev.* 2014; 4(34): 41–51.



20. Przybysz M.A., Widla G., Dłużewska E. Preferencje konsumenckie picia kawy. Wpływ temperatury i czasu prażenia ziarna kawy na ocenę smaku i zapachu espresso. *Zesz. Probl. Post. Nauk Roln.* 2013; 572: 65–79.
21. Temple J.L., Hostler D., Martin-Gill C., Moore C.G., Weiss P.M., Sequeira D.J. et al. Systematic review and meta-analysis of the effects of caffeine in fatigued shift workers: implications for Emergency Medical Services personnel. *Prehosp. Emerg. Care* 2018; 22(sup1): 37–46, doi: 10.1080/10903127.2017.1382624.
22. Molek-Winiarska D. Skutki stresu zawodowego. W: Z. Janowska [red.]. *Dysfunkcje i patologie w sferze zarządzania zasobami ludzkimi*. T. 4. Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego. Łódź 2011, s. 312–326.
23. Krajewska O., Skrypnik K., Kręgielska-Narożna M., Suliburska J., Bogdański P. Wpływ długości i jakości snu na parametry antropometryczne, metaboliczne i ogólny stan zdrowia fizycznego i psychicznego. *Forum Zab. Metab.* 2017; 8(2): 47–55.