

UMIEJSCOWIENIE KONTROLI ZDROWIA A DEKLAROWANE ZACHOWANIA ZDROWOTNE W GRUPIE OSÓB WYKONUJĄCYCH ZAWODY MEDYCZNE I POZAMEDYCZNE

THE HEALTH LOCUS OF CONTROL AND THE DECLARED HEALTH BEHAVIOUR IN A GROUP OF HEALTHCARE PROFESSIONALS AND PEOPLE WORKING IN NON-MEDICAL PROFESSIONS

Grzegorz Józef Nowicki¹, Barbara Ślusarska¹, Magdalena Młynarska², Ewa Rudnicka-Drożak³, Ewa Chemperek², Mariusz Gawroński²

¹ Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

² Zakład Ratownictwa Medycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

³ Przychodnia Lekarza Rodzinnego, Prywatny Szpital i Przychodnia Żagiel Med w Lublinie

DOI: <https://doi.org/10.20883/ppnoz.2017.5>

STRESZCZENIE

Wstęp. Poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia, które określa źródła wpływu na stan zdrowia, ma istotne znaczenie w modyfikacji zachowań związanych ze zdrowiem.

Cel. Porównanie umiejscowienia kontroli zdrowia w grupie osób wykonujących zawody medyczne i pozamedyczne oraz ocena jej wpływu na poziom deklarowanych zachowań zdrowotnych.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród 598 dorosłych osób pracujących, wykonujących zawody medyczne (grupa M) i pozamedyczne (grupa P). Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny przeprowadzony przy użyciu Wielowymiarowej Skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC), wersja B, oraz Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ).

Wyniki. W obu badanych grupach M i P najwyższy poziom osiągnęło wewnętrzne umiejscowienie kontroli. Osoby z grupy M uzyskały istotnie wyższy poziom deklarowanych zachowań zdrowotnych ($p < 0,05$). Umiejscowienie kontroli zdrowia w kategorii wpływu innych dodatkowo koreluje z oceną ogólną zachowań zdrowotnych w obu grupach ($p < 0,05$), ponadto w grupie P stwierdzono dodatnią korelację także z umiejscowieniem kontroli zdrowia w kategorii wewnętrznej ($p < 0,001$).

Wnioski. Umiejscowienie kontroli zdrowia stanowi ważny czynnik prozdrowotnych zachowań osób pracujących, niezależnie od rodzaju wykonywanej pracy.

Słowa kluczowe: zachowania zdrowotne, umiejscowienie kontroli zdrowia, osoby pracujące.

ABSTRACT

Introduction. The sense of health locus of control, which determines the sources of influence on one's state of health, is of great significance in modifying health-related behaviour.

Aim. A comparison of the health locus of control in a group of healthcare professionals and in a group of people working in non-medical professions, as well as the evaluation of its influence on the level of declared health behaviour.

Material and methods. The research was carried out among 598 professionally active adults – healthcare professionals (group M) and people working in non-medical professions (group P). The research method was a diagnostic survey with the use of the Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC), version B, and also with the use of the Health-Related Behaviour Inventory (HBI).

Results. In both studied groups, M and P, the internal locus of control reached the highest level. People from group M displayed a substantially higher level of declared health behaviour ($p < 0.05$). The health locus of control in the category of external influence correlates positively with the overall evaluation of health behaviour in both groups ($p < 0.05$). In addition, group P also displayed a positive correlation with the internal locus of control $p < 0.001$.

Conclusions. The health locus of control constitutes a crucial factor in the health-promoting behaviour of professionally active people, irrespective of the kind of work they do.

Keywords: health behaviour, health locus of control, professionally active people.

38

Wstęp

Koncepcja poczucia umiejscowienia kontroli (ang. *locus of control* – LOC) wywodzi się z teorii społecznego uczenia się Juliana B. Rottera (1966) [1], która podkreśla rolę oczekiwań i wartości wzmocnienia w wartości zachowań. Poczucie umiejscowienia kontroli traktowane jest jako wy-

miar osobowości decydujący o autonomii podmiotu, przejawiający się w różnych jego zachowaniach niezależnie od sytuacji [2]. Koncepcja poczucia umiejscowienia kontroli mówi o tym, że człowiek dąży do zaspokajania potrzeb poprzez różne formy zachowań instrumentalnych. Ten styl bycia dostarcza jednostce wzmocnień i sprawia, że w przy-

słości po takim zachowaniu zawsze oczekiwane będzie takie samo wzmocnienie. Natomiast gdy możliwe są alternatywne zachowania, wybrany zostanie ten sposób, który dostarczy wzmocnień najbardziej oczekiwanych i wartościowych [3, 4]. Teoria odnosi się do oczekiwań człowieka dotyczących tego, w jakim stopniu wzmocnienie lub wynik zachowania uwarunkowany jest własnym zachowaniem bądź osobistymi zachowaniami. Oznacza stopień percepcji danej jednostki dotyczący tego, czy zdarzenia jej własnego zachowania zależą od niej samej, czy też można je przypisać losowi, szczęściu, zbiegowi okoliczności bądź innym siłom [2].

Rotter wyróżnił ogólnie zewnętrzne i wewnętrzne umiejscowienie kontroli [5]. Zgodnie z jego teorią człowiek może zaspokoić swoje potrzeby poprzez różnego rodzaju zachowania instrumentalne. Zachowanie i wzmocnienie są ze sobą ściśle powiązane – wzmocnienie uzyskane dzięki danemu zachowaniu zwiększa oczekiwania, że w przyszłości po określonym zachowaniu wystąpi takie samo wzmocnienie. Związek pomiędzy zachowaniem a wzmocnieniem uzależniony jest od stopnia, w jakim wzmocnienie uwarunkowane jest zachowaniem instrumentalnym. W pewnych sytuacjach wzmocnienie zależy od jednostki, w innych pozostaje poza jej kontrolą. Odbieranie wzmocnień jako konsekwencji własnych działań sprzyja powstawaniu poczucia wewnętrznego umiejscowienia kontroli. Osoby charakteryzujące się wewnętrznym umiejscowieniem kontroli mają świadomość wpływania na swój los i przebieg wydarzeń, mają wyższe aspiracje i wyżej oceniają prawdopodobieństwo sukcesu w swoich działaniach, tolerują wieloznaczność, ufają sobie i są bardziej samodzielne w podejmowaniu decyzji. Jeżeli uzyskanie wzmocnienia odbierane jest jako efekt działania otoczenia, wtedy mamy do czynienia z zewnętrznym umiejscowieniem kontroli. Jednostka z zewnętrznym umiejscowieniem kontroli jest przekonana, że to, co ją spotyka, jest niezależne od podejmowanych działań i pozostaje poza jej kontrolą. Sprzyja to powstawaniu takich zachowań, jak: bierność, zależność, nietolerancja, wieloznaczności. Osoby takie nie ufają sobie i swoim możliwościom, są niepewne, silnie przeżywają zagrożenie, a w sytuacjach trudnych stosują mechanizmy obronne oparte na wypieraniu [6–8].

Umiejscowienie kontroli odnosi się w szczególności do kontroli zdrowia. Zewnętrzne umiejscowienie kontroli przypisuje to, co się dzieje, czynnikom zewnętrznym, niepodlegającym kontroli konkretnej jednostki [5]. Jednostki o zewnętrznym umiejscowieniu kontroli wyrażają przekonanie o dominującym wpływie czynników od nich niezależnych na ich poziom zdrowia. Charakteryzuje je poczucie braku wpływu na otoczenie [9] oraz tenden-

cja do negowania objawów i pomniejszania konieczności przestrzegania prawidłowych zachowań [10]. Przypisywanie głównego wpływu na zdrowie przypadkowi jest często przyczyną braku poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie [11]. Wewnętrzne umiejscowienie kładzie natomiast nacisk na własny wysiłek w działaniu, odpowiedzialność za to działanie, poszukiwanie odpowiednich informacji w tym zakresie, uczenie się i podejmowanie autonomicznych decyzji [5]. U osób z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia występuje przekonanie, że stan zdrowia uzależniony jest od nich samych. Osoby te uważają, że ich doświadczenia są wynikiem osobistych działań oraz wykazują kontrolę nad pożądanymi i niepożądanymi dla siebie wzmocnieniami [12]. W odniesieniu do osób zdrowych – tam, gdzie chodzi o inicjowanie nowych zachowań zdrowotnych – przyjmuje się, że wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia jest zdecydowanie korzystniejsze dla zdrowia niż kontrola zewnętrzna, która bazuje przede wszystkim na wpływie innych osób i przypadku [5].

Podsumowując, należy stwierdzić, że poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia, które określa źródła wpływu na stan zdrowia, ma istotne znaczenie w modyfikacji zachowań związanych ze zdrowiem [13]. Rolą edukacji i promocji zdrowia jest motywowanie do podejmowania zachowań prozdrowotnych i unikania tych niekorzystnych dla zdrowia. Doświadczenia wskazują, że działania ukierunkowane tylko na sferę poznawczą nie przynoszą oczekiwanych efektów. Konieczny jest również wpływ na emocje i motywację. Ogromne znaczenie ma także udzielanie wsparcia, co wymaga tworzenia oraz popularyzowania pozytywnych wzorców i postaw zdrowotnych [14].

Celem niniejszej pracy było porównanie umiejscowienia kontroli zdrowia w grupie osób wykonujących zawody medyczne (grupa M) i pozamedyczne (grupa P) oraz ocena jej wpływu na poziom deklarowanych zachowań zdrowotnych

Materiał i metody

Badania właściwe zostały przeprowadzone od czerwca 2014 roku do marca 2015 roku wśród 598 osób czynnych zawodowo, przedstawicieli 6 zawodów, w tym 3 zawodów medycznych i 3 pozamedycznych; 305 ankietowanych wykonywało zawód medyczny (grupa M), a 293 respondentów – pozamedyczny (grupa P). Osoby w grupie M reprezentowane były przez: pielęgniarki i położne (61,97%; n = 189), opiekunów medycznych (16,72%; n = 51) oraz techników sterylizacji medycznej (21,31%; n = 65). Natomiast w grupie P były osoby wykonujące zawody: górnik (42,66; n = 125), nauczyciela (23,21%; n = 68) oraz pra-

cownika służby więziennej (34,13%; n = 100). Charakterystykę cech socjodemograficznych badanych grup M i P przedstawia **tabela 1**.

Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, a narzędziem – kwestionariusz ankiety. W celu oceny umiejscowienia kontroli zdrowia zastosowano Wielowymiarową Skalę Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC) – wersja B – Kenneth A. Wallston, Barbara S. Wallston, Robert DeVellis, adaptacja: Zygfryd Juczyński. Skala MHLC zawiera 18 stwierdzeń i dostępna jest w wersji A i B. W badaniach własnych wykorzystano wersję B, która ujmuje przekonania dotyczące zgeneralizowanych oczekiwań w trzech wymiarach umiejscowienia kontroli zdrowia, tj.:

- wewnętrzne (W) – kontrola nad własnym zdrowiem zależy ode mnie;
- wpływ innych (I) – własne zdrowie jest wynikiem oddziaływania innych, zwłaszcza personelu medycznego;
- przypadek (P) – o stanie zdrowia decyduje przypadek czy inne czynniki zewnętrzne.

Skala odnajduje swe zastosowanie przede wszystkim w programach profilaktycznych i promujących zdrowie. Dzieje się tak, ponieważ u jej podstaw leży przeświadczenie o tym, że wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia sprzyja zachowaniom prozdrowotnym, takim jak: wzmożona aktywność fizyczna, ograniczenie palenia tytoniu i picia alkoholu, kontrola masy ciała, uczestnictwo w badaniach profilaktycznych.

MHLC ma zastosowanie zarówno w badaniach epidemiologicznych, jak i w programach promocji zdrowia. Instrukcja zamieszczona w skali zwraca uwagę na konieczność udzielania odpowiedzi zgodnie z własnymi przekonaniami, a nie z tym, co powinno się sądzić czy też jakiej odpowiedzi się oczekuje. Skala ta obejmuje sześć stopni: od „zdecydowanie nie zgadzam się” (1 punkt) do „zdecydowanie zgadzam się” (6 punktów). Badanie trwa nie dłużej niż 5 minut. Zakres wyników mieści się w przedziale od 6 do 36 punktów. Wymiar obejmujący kontrolę wewnętrzną określają na skali numery pozycji: 1, 6, 8, 12, 13, 17, zaś wpływ innych można ocenić za pomocą pozycji numer: 3, 5, 7, 10, 14 i 18. Chcąc się dowiedzieć, czy w mniemaniu ankietowanego o stanie zdrowia decyduje przypadek, należy przeanalizować pozycje numer: 2, 4, 9, 11, 15, 16 [15].

Poziom zachowań zdrowotnych badanych oceniono przy użyciu narzędzia samoopisu – Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ) wg Juczyńskiego [15]. Kwestionariusz IZZ składa się z 24 stwierdzeń, które opisują zachowania zdrowotne w czterech kategoriach: prawidłowe nawyki żywieniowe – PNŻ; zachowania profilaktyczne – ZP; praktyki zdrowotne – PZ; pozytywne nastawienie psychiczne – PNP. Do każdego twierdzenia badany przypisuje odpowiednią cyfrę w zależności od tego, jak bardzo dane twierdzenie odnosi się do niego: 1 – prawie nigdy, 2 – rzadko, 3 – od czasu do czasu, 4 – często, 5 – prawie zawsze. Wartości liczbowe zliczane są w celu uzyskania ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych. Wartości te mieszczą

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy

Kategoria	Grupa M (N=305) [n (%)]	Grupa P (N=293) [n (%)]	Razem (N=598) [n (%)]
Płeć			
kobiety	269 (88,20)	69 (23,55)	338 (56,52)
mężczyźni	36(11,80)	224 (76,45)	260 (43,48)
Wiek: średnia (±SD) 36,49 ± 7,33			
20–30	68 (22,30)	82 (27,99)	150 (25,08)
31–40	133 (43,61)	153 (52,22)	286 (47,83)
41–50	90 (29,51)	50 (17,06)	140 (23,41)
51 i powyżej	14 (4,58)	8 (2,73)	22 (3,68)
Miejsce zamieszkania			
wieś	102 (33,44)	116 (39,59)	218 (36,45)
miasto	203 (66,56)	177 (60,41)	380 (63,55)
Wykształcenie			
zawodowe	–	34 (11,60)	34 (5,69)
średnie (technikum, liceum)	155 (50,82)	109 (37,20)	264 (44,15)
wyższe I stopnia (licencjackie)	86 (28,20)	46 (15,70)	132 (22,07)
wyższe II stopnia (magisterskie)	64 (20,98)	104 (35,49)	168 (28,09)

się w granicach od 24 do 120 punktów. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie zachowań zdrowotnych. Wyniki surowe przekształca się na standaryzowane normy stenowe: 1–4 sten – wyniki niskie; 5–6 sten – wyniki średnie; 7–10 sten – wyniki wysokie.

Kwestionariusz zakończony był metryczką, w której badani wpisywali swój status socjodemograficzny. W ocenie socjodemograficznej pod uwagę brano następujące dane: płeć (K lub M), wiek, miejsce stałego zameldowania (wieś lub miasto) oraz wykształcenie (zawodowe, średnie lub wyższe).

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono za pomocą wartości średniej, odchylenia standardowego, minimum, maksimum i mediany, a niemierzalnych – za pomocą liczności i odsetka. Do zbadania różnic w parametrach mierzalnych pomiędzy dwiema grupami zastosowano nieparametryczny test t-Studenta. W celu sprawdzenia zależności pomiędzy poziomem deklarowanych zachowań zdrowotnych a umiejscowieniem kontroli zdrowia wykorzystano korelację r-Pearsona. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic lub zależności. Bazę danych i badania statystyczne prowadzono, używając oprogramowania komputerowego STATISTICA 10.0 (StatSoft, Polska).

Badania zostały przeprowadzone po uzyskaniu pozytywnej opinii Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie (KE-0254/281/2013) oraz zgodnie z wymogami *Deklaracji helsińskiej*. Udział w badaniu był dobrowolny oraz anonimowy, każda osoba została poinformowana o celu badania oraz wykorzystaniu uzyskanych wyników.

Wyniki

Umiejscowienie kontroli zdrowia (MHLC) w badanej grupie

W obu badanych grupach najwyższy poziom osiągnęło wewnętrzne umiejscowienie kontroli. Wśród badanych wykonujących zawody: opiekun medyczny, górnik i pracownik służby więziennej na drugim miejscu znalazło się umiejscowienie kontroli w kategorii wpływu innych, a na trzecim w kategorii przypadku. Natomiast wśród badanych wykonujących zawód: pielęgniarka i położna, technik sterylizacji medycznej oraz nauczyciel na drugim miejscu było umiejscowienie kontroli w kategorii przypadku, a na trzecim wpływu innych. Szczegółowe dane przedstawia tabela 2.

W grupie M najwyższy poziom osiągnęło wewnętrzne umiejscowienie kontroli (26,24; SD = 4,63), następnie

przypadek (20,15; SD = 5,42), a najniższy wynik wystąpił dla kategorii wpływu innych (19,29; SD = 5,52). Natomiast w grupie P najwyższy poziom osiągnął wewnętrzny wymiar umiejscowienia kontroli (25,44; SD = 4,63), następnie na niemal identycznym poziomie znalazły się: wpływ innych (19,98, SD = 5,48) oraz przypadek (19,62; SD = 5,21). Szczegółowe wyniki przedstawiają ryciny 1–3.

Przeprowadzona analiza wykazała istotną statystycznie zależność pomiędzy wewnętrznym umiejscowieniem kontroli a wykonywanym zawodem ($p = 0,035$). Osoby z grupy M charakteryzowały się większym poziomem wewnętrznego umiejscowienia kontroli w porównaniu do grupy P. W pozostałych wymiarach kontroli – wpływie innych ($p = 0,127$) i przypadku ($p = 0,224$) – nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic.

Poziom deklarowanych zachowań zdrowotnych (IZZ) w badanej grupie

Analiza danych zebranych wśród przedstawicieli grupy M pozwala stwierdzić, że ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych wynosił 80,20 (SD = 11,76), co odpowiada w przeliczeniu na jednostkę standaryzowaną 5,64 (SD = 1,65) stena i jest interpretowane jako wartość przeciętna (przy wartości środkowej 6). Dodatkowo potwierdza to dość wąski zakres kwartylowy, od 5 do 7 – czyli połowa wszystkich ankietowanych osiągnęła wynik między 5 a 7, mieszczący się w zakresie wartości przeciętnych, ewentualnie na granicy z poziomem wysokim (osoby zakwalifikowane do stena 7). Najwyżej ocenione kategorie zachowań zdrowotnych w grupie M to: zachowania profilaktyczne (21,08; SD = 4,04) i pozytywne nastawienie psychiczne (20,86; SD = 3,62). Nieco niższą ocenę uzyskały kategorie: prawidłowe nawyki żywieniowe (20,14; SD = 4,11) i praktyki zdrowotne (18,13; SD = 3,88).

Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych w grupie P wynosił 72,70 (SD = 14,77), co odpowiada w przeliczeniu na jednostkę standaryzowaną 4,73 (SD = 1,82) i jest interpretowane jako poziom przeciętny (wartość średnia 5). Jakkolwiek istnieje szeroki zakres kwartylowy, między 1 a 6, czyli połowa badanych uzyskała wynik pomiędzy 1 a 6, mieszczący się w zakresie wartości przeciętnych i na granicy z wartościami niskimi (osoby zakwalifikowane do stena 1–4). Wśród osób z grupy P kategorie zachowań zdrowotnych najwyżej ocenione to: pozytywne nastawienie psychiczne (19,45; SD = 4,46) oraz zachowania profilaktyczne (18,15; SD = 4,65). Nieco niżej ocenionymi kategoriami były: prawidłowe nawyki żywieniowe (17,81; SD = 4,78) i praktyki zdrowotne (17,29; SD = 4,26).

Przeprowadzona analiza wykazała istotną statystycznie zależność pomiędzy charakterem wykonywanego

Tabela 2. Umieszczenie kontroli zdrowia w badanej grupie

	Zawód	Wymiar – kontrola	M±SD (Min.–Maks.)	Mediana
Grupa M	Pielęgniarki i położne	MHLC wewnętrzne	26,23±4,65 (14–36)	27,00
		MHLC wpływ innych	18,54±5,40 (7–33)	19,00
		MHLC przypadek	19,55±4,95 (7–31)	20,00
	Opiekunowie medyczni	MHLC wewnętrzne	27,02±3,41 (21–36)	27,00
		MHLC wpływ innych	21,61±5,32 (8–33)	22,00
		MHLC przypadek	21,29±5,67 (9–32)	22,00
	Technicy sterylizacji medycznej	MHLC wewnętrzne	25,68±5,33 (10–36)	26,00
		MHLC wpływ innych	19,65±5,57 (11–36)	20,00
		MHLC przypadek	21,02±6,27 (7–35)	21,00
Grupa P	Górnicy	MHLC wewnętrzne	26,27±4,05 (16–35)	26,00
		MHLC wpływ innych	19,75±5,37 (6–34)	20,00
		MHLC przypadek	18,70±5,22 (7–31)	19,00
	Nauczyciele	MHLC wewnętrzne	25,72±3,90 (19–35)	26,00
		MHLC wpływ innych	19,32±5,47 (8–32)	19,00
		MHLC przypadek	20,15±4,86 (12–29)	22,00
	Pracownicy służby więziennej	MHLC wewnętrzne	24,21±5,48 (6–36)	24,00
		MHLC wpływ innych	20,70±5,59 (6–35)	21,50
		MHLC przypadek	20,43±5,31 (6–36)	20,00

M – średnia; SD – odchylenie standardowe; Min. – minimum; Maks. – maksimum

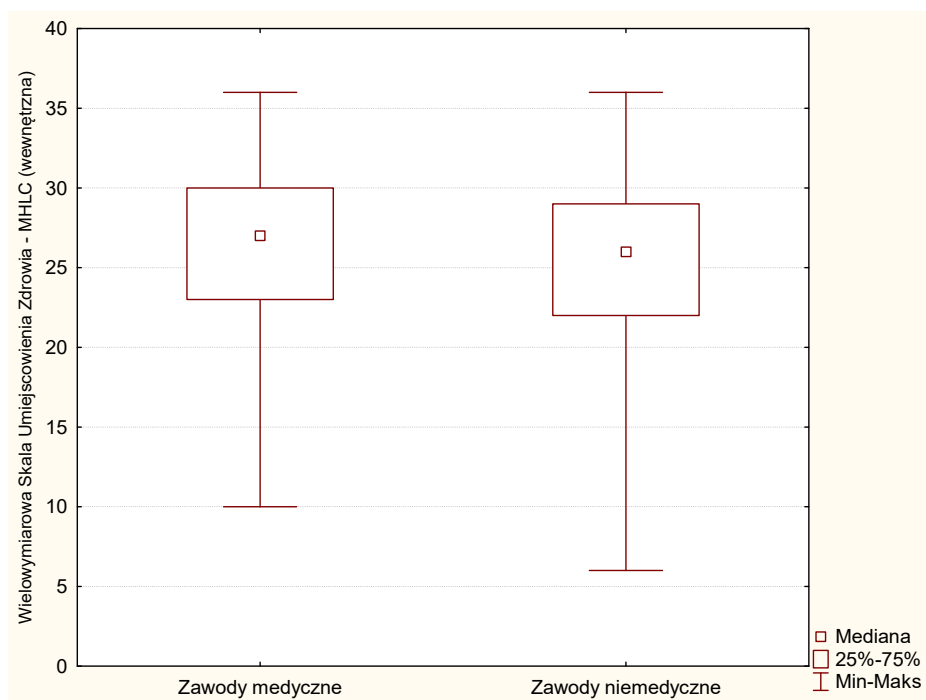
zawodu a poziomem zachowań zdrowotnych ($p < 0,05$). Osoby z grupy M charakteryzowały się istotnie statystycznie wyższym wskaźnikiem ogólnego poziomu zachowań zdrowotnych oraz wyższym wskaźnikiem w poszczególnych kategoriach w porównaniu z badanymi z grupy P ($p < 0,05$). Szczegółowe dane przedstawia **tabela 3**.

Umieszczenie kontroli zdrowia (MHLC) a poziom deklarowanych zachowań zdrowotnych (IZZ)

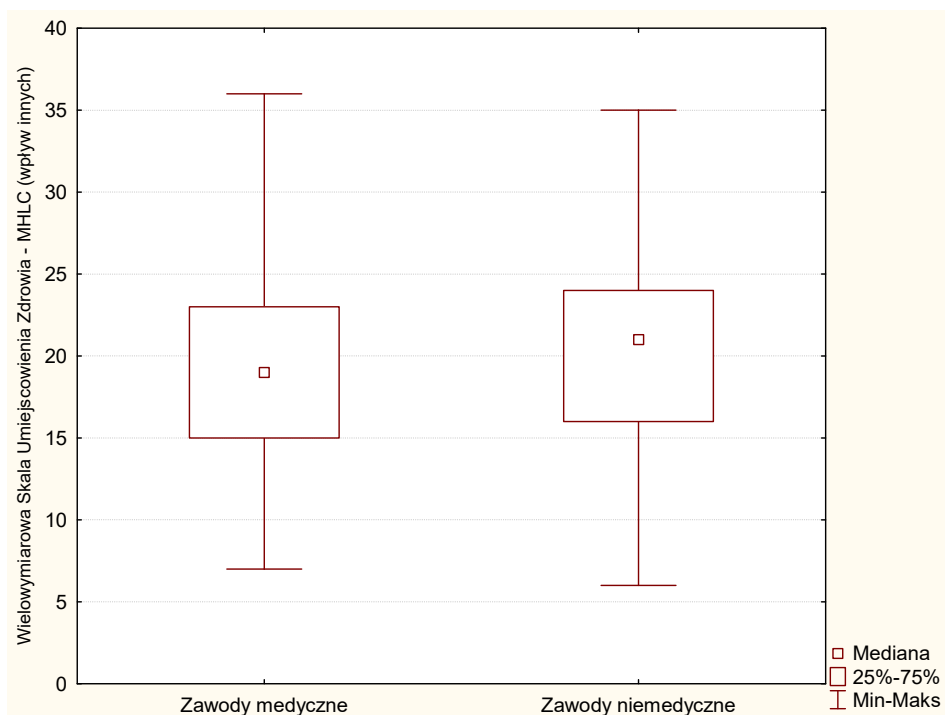
Przeprowadzona analiza korelacji pomiędzy ogólnym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych a umiejscowieniem kontroli zdrowia wykazała istotny statystycznie dodatni związek pomiędzy wewnętrznym umiejscowieniem kon-

troli zdrowia ($r = 0,2258$; $p < 0,01$) i wpływem innych ($r = 0,2703$; $p < 0,01$) a ogólnym poziomem zachowań zdrowotnych. Wraz ze wzrostem wewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia oraz wzrostem kontroli zdrowia w kategorii wpływu innych rośnie ogólny poziom deklarowanych zachowań zdrowotnych w grupie P. Natomiast wśród przedstawicieli grupy M ogólny poziom deklarowanych zachowań zdrowotnych rośnie wraz ze wzrostem umiejscowienia kontroli w kategorii wpływu innych ($r = 0,1642$; $p = 0,004$).

W kategorii zachowań zdrowotnych – prawidłowych nawyków żywieniowych zaobserwowano istotną statystycznie dodatnią korelację pomiędzy wewnętrznym



Rycina 1. Rozkład wyników Wielowymiarowej Skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC) w kategorii kontroli wewnętrznej w badanej grupie

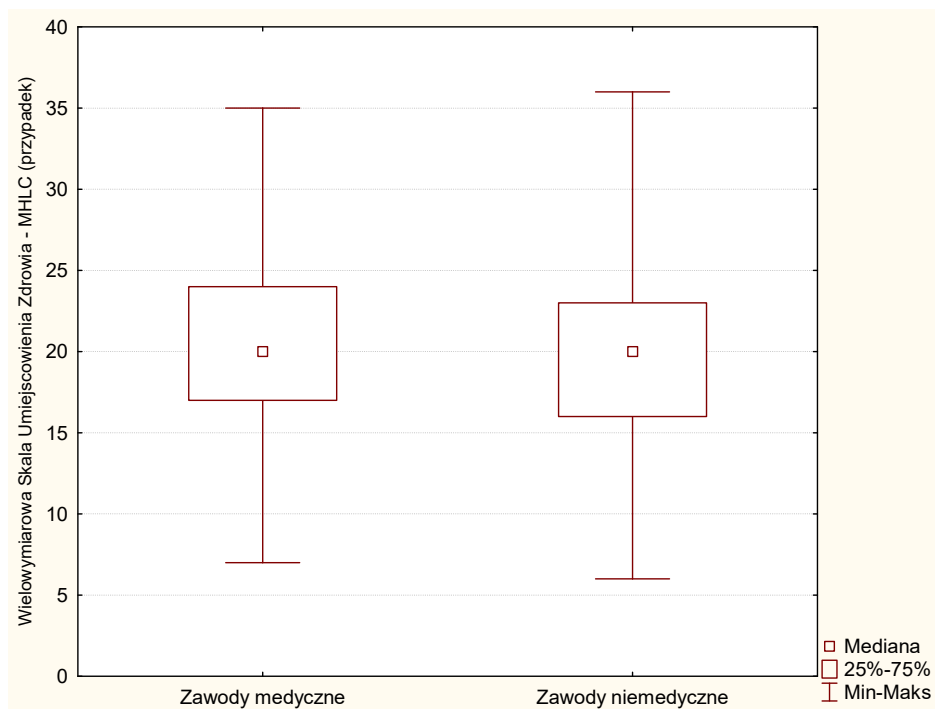


Rycina 2. Rozkład wyników Wielowymiarowej Skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC) w kategorii wpływu innych w badanej grupie

umiejscowieniem kontroli zdrowia ($r = 0,1290$; $p = 0,027$) i wpływem innych ($r = 0,1637$; $p = 0,005$) w grupie P. Wraz ze wzrostem poziomu umiejscowienia kontroli zdrowia w kategorii wewnętrznej i wpływu innych różnie ocena za-

chowań zdrowotnych w kategorii prawidłowych nawyków żywieniowych wśród badanych z grupy P.

W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej stwierdzono istotną statystycznie dodatnią korelację po-



Rycina 3. Rozkład wyników Wielowymiarowej Skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC) w kategorii przypadku w badanej grupie

Tabela 3. Poziom zachowań zdrowotnych w badanych grupach M i P

Zmienna	Grupa M		Grupa P		Wartość p
	M±SD (Min.–Maks.)	Mediana	M±SD (Min.–Maks.)	Mediana	
Prawidłowe nawyki żywieniowe	20,14±4,11 (10–30)	20,00	17,81±4,78 (6–30)	18,00	p < 0,001*
Zachowania profilaktyczne	21,08±4,04 (8–30)	22,00	18,15±4,65 (6–29)	18,00	p < 0,001*
Pozytywne nastawienie psychiczne	20,86±3,62 (11–30)	21,00	19,45±4,46 (6–28)	20,00	p < 0,001*
Praktyki zdrowotne	18,13±3,88 (9–30)	18,00	17,29±4,26 (6–27)	18,00	p = 0,012*
Ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych (suma)	80,20±11,76 (49–118)	80,00	72,70±14,77 (24–106)	74,00	p < 0,001*

M – średnia; SD – odchylenie standardowe; Min. – minimum; Maks. – maksimum; p – poziom statystycznej istotności różnic dla testu t-Studenta; * istotność statystyczna

między umiejscowieniem kontroli zdrowia w kategorii wpływu innych ($r = 0,2551$; $p < 0,001$) w grupie M a kategorią zachowań zdrowotnych – zachowań profilaktycznych. Natomiast w grupie P zaobserwowano istotną statystycznie dodatnią korelację dwóch wymiarów umiejscowienia kontroli: wewnętrznego ($r = 0,1958$; $p = 0,001$) i wpływu innych ($r = 0,3348$; $p < 0,001$) z kategorią zachowań zdrowotnych – zachowań profilaktycznych. Wraz ze wzrostem oceny kategorii umiejscowienia kontroli zdro-

wia – wpływu innych różnie ocena zachowań zdrowotnych w kategorii zachowań profilaktycznych w obu badanych grupach, ponadto wśród osób z grupy P poziom tej kategorii zachowań zdrowotnych różnie wraz ze wzrostem wewnętrznego wymiaru umiejscowienia kontroli zdrowia.

W kategorii zachowań zdrowotnych – pozytywnego nastawienia psychicznego zaobserwowano istotną statystycznie dodatnią korelację z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia ($r = 0,2624$; $p < 0,001$) i wpływem

innych ($r = 0,2122$; $p < 0,001$) i ujemną korelację z kategorią umiejscowienia kontroli zdrowia – przypadku ($r = -0,1197$; $p = 0,041$) w grupie P. Wraz ze wzrostem poziomu wewnętrznego umiejscowienia zdrowia i wpływu innych rośnie ocena kategorii zachowań zdrowotnych – pozytywnego nastawienia psychicznego, która maleje wraz ze wzrostem umiejscowienia kontroli zdrowia w kategorii przypadku. W grupie M zaobserwowano istotną statystycznie korelację wewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia ($r = 0,1134$; $p = 0,048$) z kategorią zachowań zdrowotnych – pozytywnego nastawienia psychicznego. Wraz ze wzrostem poziomu wewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia rośnie poziom oceny zachowań zdrowotnych w kategorii pozytywnego nastawienia psychicznego.

Przeprowadzona analiza korelacji wykazała istotny statystycznie dodatni związek pomiędzy kategorią zachowań zdrowotnych – praktyk zdrowotnych a umiejscowieniem kontroli zdrowia w kategorii wpływu innych ($r = 0,1259$; $p = 0,028$) w grupie M. Wraz ze wzrostem poziomu umiejscowienia zdrowia w kategorii wpływu innych rośnie ocena zachowań zdrowotnych w kategorii praktyk zdrowotnych w tej grupie. W grupie P zaobserwowano istotnie dodatni związek pomiędzy kategorią zachowań zdrowotnych – praktyk zdrowotnych a umiejscowieniem kontroli zdrowia w kategoriach: wewnętrznej ($r = 0,1496$; $p = 0,010$) i wpływu innych ($r = 0,1657$; $p = 0,004$). Wraz ze wzrostem umiejscowienia kontroli zdrowia w kategorii wewnętrznej i wpływu innych rośnie poziom zachowań zdrowotnych w kategorii praktyk zdrowotnych w tej grupie. Szczegółową analizę przedstawia **tabela 4**.

Dyskusja

O charakterze prezentowanych zachowań zdrowotnych decyduje wiele czynników. Czasami trudno jest określić, w jakim stopniu zależą one od pewnych obiektywnych warunków skłaniających jednostkę do wyrażenia większej troski o własne zdrowie poprzez podejmowanie działań mających na celu ochronę zdrowia [16]. Zachowania zdrowotne są jedną z kategorii zachowań ludzkich, które wchodzi w skład stylu życia. Są to zarówno czynniki związane ze społecznymi cechami jednostki, jak i te, które wynikają z charakteru życia zbiorowego. Postępowanie w myśl zachowań pro- lub też antyzdrowotnych jest sprawą wyboru z dostępnych w danej kulturze wzorów zachowań mających związek ze zdrowiem. Podstawą tych wyborów są uznawane przez człowieka wartości, ich hierarchizacja, wzajemne podporządkowanie oraz miejsce, jakie w tej hierarchii zajmuje zdrowie. Nie mniejsze znaczenie mają nawyki zdrowotne przejmowane w procesie socjalizacji, które następnie utrwalamy bądź modyfikujemy w dorosłym życiu [17].

W trakcie badań nad uwarunkowaniami zachowań zdrowotnych w grupie osób wykonujących zawody medyczne i pozamedyczne starano się sprawdzić, w jaki sposób umiejscowienie kontroli wpływa na prezentowane zachowania zdrowotne. Badania nad uwarunkowaniami zachowań zdrowotnych osób pracujących są bardzo ważną kwestią. Okres aktywności zawodowej człowieka trwa 40 lat i więcej – to czas rozwoju wielu chorób, zwłaszcza chorób cywilizacyjnych, wynikających ze złego stylu życia. Ale jest to także okres, w którym dzięki działaniom promocyjnym w powiązaniu z rozpoznanymi uwarunkowaniami

Tabela 4. Różnice w zakresie zachowań zdrowotnych wg IZZ w zależności od umiejscowienia kontroli zdrowia w badanej grupie

Zawód	Zmienne		Prawidłowe nawyki żywieniowe	Zachowania profilaktyczne	Pozytywne nastawienie psychiczne	Praktyki zdrowotne	IZZ	
Grupa M	MHLC	typ wewnętrzny	r	-0,0662	-0,0071	0,1134	0,0050	0,0110
			p	0,249	0,901	0,048*	0,930	0,848
		wpływ innych	r	0,0094	0,2551	0,1032	0,1259	0,1642
			p	0,870	0,000*	0,072	0,028*	0,004*
Grupa P	MHLC	przypadek	r	-0,1025	-0,0246	0,367	-0,1022	-0,0667
			p	0,074	0,669	0,524	0,075	0,246
		typ wewnętrzny	r	0,1290	0,1958	0,2624	0,1496	0,2258
			p	0,027*	0,001*	0,000*	0,010*	0,00*
Grupa P	MHLC	wpływ innych	r	0,1637	0,3348	0,2122	0,1657	0,2703
			p	0,005*	0,000*	0,000*	0,004*	0,00*
		przypadek	r	0,0698	-0,0602	-0,1197	-0,0218	-0,084
			p	0,234	0,304	0,041*	0,710	0,151

r – współczynnik korelacji r-Pearsona; p – poziom statystycznej istotności różnic; * istotność statystyczna

zachowań pro- i antyzdrowotnych pozytywne wzorce można wzmocnić, a negatywne postarać się zmieniać. Wczesne rozpoznanie zachowań antyzdrowotnych oraz próba ich zmiany mogą się przyczynić do ograniczenia rozwoju chorób bądź opóźnienia pojawienia się ich pierwszych objawów. Dokonując przeglądu dostępnej literatury, autorzy pracy nie znaleźli badań porównujących poziom zachowań zdrowotnych i ich uwarunkowań wśród osób wykonujących zawody medyczne i niemedyczne. Opracowania dostępne w bazach naukowych opisywały konkretne zachowanie, jak np. palenie tytoniu, aktywność fizyczną czy zachowania żywieniowe.

Istotną rolę w wyborze zachowań zdrowotnych odgrywa umiejscowienie kontroli. Kontrola zdrowia charakteryzuje się przekonaniem o możliwości wpływu na stan własnego zdrowia i jego poprawę [18]. Teoria Health Locus of Control wskazuje na istnienie zależności pomiędzy umiejscowieniem poczucia kontroli własnego zdrowia a wykonywaniem działań sprzyjających zdrowiu [19]. W odniesieniu do stanu zdrowia wyróżnia się dwa rodzaje umiejscowienia kontroli: wewnętrzne umiejscowienie kontroli – wyraz przekonania jednostki o jej bezpośrednim wpływie na stan zdrowia, i zewnętrzne umiejscowienie kontroli – przekonanie jednostki, że jej stan zdrowia jest zależny od czynników zewnętrznych [10].

W przeprowadzonych wśród 477 nauczycieli wychowania fizycznego szkół województwa pomorskiego badaniach Szczepańskiej-Kunder i Lipowskiego [20] mężczyźni charakteryzowali się dominującym wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia w porównaniu z kobietami, które charakteryzowały się silniejszym umiejscowieniem zdrowia w kategoriach: wpływu innych i przypadku. Autorzy stwierdzili ponadto, że częstsze angażowanie się badanych nauczycieli w zachowania ukierunkowane na poprawę zdrowia i kondycji fizycznej powiązane jest z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia, ale także im większe przekonanie badanych dotyczące wewnętrznej kontroli zdrowia, tym wyższa ich samoocena dotycząca kondycji fizycznej i zdrowia. W badaniach nad wpływem umiejscowienia kontroli zdrowia i kategoriami IZZ Kurowska i Różańska stwierdziły, że wyższe wartości prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych i pozytywnego nastawienia psychicznego wykazali badani uzyskujący wysokie wyniki w kontroli zdrowia wymiaru wewnętrznego oraz wymiaru wpływu innych, natomiast wyższe wyniki w zachowaniach profilaktycznych i praktykach zdrowotnych wykazali badani o niskich wynikach w kontroli zdrowia wymiaru przypadku [21]. W badaniach związku pomiędzy umiejscowieniem kontroli zdrowia a oceną sposobu żywienia stwierdzo-

no, że wewnętrzne poczucie kontroli zdrowia koreluje dodatnio z oceną sposobu żywienia [11]. Strzelecki i wsp. [22] w swoich badaniach stwierdzili, że zewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli wpływa na przyjmowanie przez młodzież substancji psychoaktywnych i sprzyja zachowaniom antyzdrowotnym, a w badaniach Bąk i wsp. [23] stwierdzono, że wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia wpływało na częstość implantacji szczepionki przeciwko brodawczakowi ludzkiemu w grupie kobiet.

W badaniach własnych stwierdzono, że badaną grupę przedstawicieli zawodów zarówno medycznych, jak i niemedycznych charakteryzowało wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia, kolejne kategorie umiejscowienia kontroli zdrowia były natomiast zróżnicowane. Na drugim miejscu znalazł się wpływ innych w przypadku opiekunów medycznych, górników i pracowników służby więziennej, a na trzecim miejscu wśród tych zawodów znalazła się kontrola zdrowia w kategorii przypadku. W grupie pielęgniarzek i położnych, techników sterylizacji medycznej i nauczycieli na drugim miejscu w kontroli zdrowia znalazł się wpływ innych, a na trzecim przypadek. Wewnętrzne umiejscowienie kontroli było istotnie statystycznie zróżnicowane ze względu na charakter wykonywanego zawodu. Badanych wykonujących zawód medyczny cechował wyższy poziom wewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia. Z badań wynika, że wewnętrzne umiejscowienia kontroli zdrowia koreluje dodatnio z poziomem zachowań zdrowotnych oraz z wszystkimi kategoriami IZZ wśród przedstawicieli zawodów niemedycznych oraz z pozytywnym nastawieniem psychicznym wśród przedstawicieli zawodów medycznych, wśród których wpływ innych koreluje dodatnio z kategoriami zachowań profilaktycznych i praktyk zdrowotnych. Natomiast w grupie zawodów niemedycznych wpływ innych koreluje dodatnio z ogólnym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych i czterema kategoriami zachowań zdrowotnych, natomiast przypadek koreluje ujemnie z pozytywnym nastawieniem psychicznym. Uzyskane wyniki badań pozostają w zgodności z wynikami badań Kurowskiej i Zdrojewskiej [24], przeprowadzonych w grupie 110 czynnych zawodowo strażaków z województw warmińsko-mazurskiego i kujawsko-pomorskiego.

Zdrowie jest zjawiskiem dynamicznym, którego funkcja skupia się na utrzymaniu równowagi ciągle zakłócaonej przez towarzyszące życiu ludzkiemu zróżnicowane sytuacje. Codziennosc stawia przed jednostką obciążenia w postaci wymagań, obowiązków, pełnienia określonych ról społecznych. Egzystencja wymaga niejednokrotnie rozwiązywania trudnych sytuacji i stawiania czoła konfliktom [5]. Człowiek, chcąc utrzymać równowagę procesów życiowych, sięga do swoich potencjałów czy zasobów

zdrowotnych, które są w jego posiadaniu. Według Sęk zasobami zdrowotnymi są „właściwości jednostki, grup społecznych, środowiska i kultury, które wyrażają się cechą funkcjonalną, polegającą na możliwości unikania stresorów lub usprawnienia radzenia sobie z wymaganiami w ten sposób, że zapobiegają one przekształceniu się napięć w stan stresu” [25].

Zasoby (potencjały) zdrowotne można określić jako specyficzne właściwości funkcjonalne człowieka i jego środowiska, które pełnią funkcję regulacyjną i prozdrowotną [25]. Zasoby znajdują się w sferach bytowania człowieka – biologicznej, psychologicznej, społecznej i duchowej. W sferze biologicznej potencjały zdrowotne to: kod genetyczny, siła, sprawność, wydolność, odporność organizmu oraz wyposażenie biologiczne jednostki nabywane w procesie bytowania. W sferze psychicznej zasobami zdrowotnymi są: cechy temperamentu, cechy osobowości, emocje, inteligencja, kreatywność emocjonalna, odporność psychiczna oraz cała sfera osobowości w zakresie cech intelektualnych oraz emocjonalnych, zarówno ukształtowanych przez środowisko społeczne, jak i wypracowanych przez jednostkę. Potencjałami zawartymi w sferze społecznej będą: właściwości demograficzne, jakość relacji społecznych, poczucie więzi społecznej, ciągłość tradycji, zwyczaje. Potencjały tkwiące w sferze duchowej dotyczą pytań i odpowiedzi o sens ludzkiej egzystencji, zagadnień kultury, światopoglądu, religii, moralności itd. [2, 5]. Wyrażają się poprzez uczestnictwo w praktykach religijnych, modlitwach oraz w sposobie postrzegania religii, co skutkuje zwiększeniem poczucia celu oraz spokojem wewnętrznym [26].

Coraz częściej zwraca się uwagę na konieczność pomnażania zasobów zdrowia oraz ochronę ich przez całe życie. Powiązanie zdrowia ze stylem życia wymaga udzielenia pomocy jednostce w zakresie modyfikowania indywidualnych wzorów zachowań oraz kształtowania prozdrowotnego stylu życia, polegającego na świadomym podejmowaniu określonych działań, które zwiększają zasoby własnego zdrowia oraz eliminują zagrożenia. Kluczową rolę w tym procesie przypisuje się predyktorom poznawczym, takim jak m.in. poczucie umiejscowienia kontroli.

Wnioski

Pomimo istotnych różnic w globalnym nasileniu zachowań zdrowotnych pomiędzy badanymi grupami osób pracujących umiejscowienie kontroli zdrowia, niezależnie od rodzaju wykonywanej pracy, jest istotnym czynnikiem determinującym prozdrowotne zachowania. W grupie zawodów medycznych silniejszy wpływ na poziom zacho-

wań prozdrowotnych ma umiejscowienie kontroli zdrowia w kategorii wpływu innych, zaś w grupie osób reprezentujących zawody pozamedyczne istotne znaczenie mają głównie kontrola wewnętrzna oraz kategoria wpływu innych.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Drwal R. Adaptacja kwestionariuszy osobowości. Wybrane zagadnienia i techniki. Warszawa: PWN; 1995.
2. Kościelak R. Poczucie umiejscowienia kontroli i przekonania o własnej skuteczności w zdrowiu i chorobie. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls; 2010.
3. Basińska MA, Maćkowska P, Listwan A. Przekonania o umiejscowieniu kontroli zdrowia u chorych na cukrzycę typu 1 a zachowania zdrowotne. Diabetol Prakt. 2011;12(4):151–159.
4. Rotter JB. Poczucie wewnętrznej versus zewnętrznej kontroli wzmocnień. Now Psychol. 1990;5–6:59–70.
5. Borys B. Zasoby zdrowotne w psychice człowieka. Forum Med Rodz. 2010;4(1):44–52.
6. Drwal RL. Poczucie kontroli jako wymiar osobowości – podstawy teoretyczne, techniki badawcze i wyniki badań. W: Drwal RL (red.). Adaptacja kwestionariuszy osobowości. Wybrane zagadnienia i techniki. Warszawa: PWN; 1995. 199–227.
7. Sęk H (red.). Psychologia kliniczna. Tom 1. Warszawa: PWN; 2008.
8. Sęk H (red.). Psychologia kliniczna. Tom 2. Warszawa: PWN; 2008.
9. Dolińska-Zygmunt G. Elementy psychologii zdrowia. Wrocław: Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego; 1996.
10. Juczyński Z. Przekonania i oczekiwania wyznacznikami zachowań związanych ze zdrowiem. W: Juczyński Z, Ogińska-Bulik N (red.). Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki. Łódź: Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego; 2003. 49–61.
11. Piasecka H, Nowicki G, Ślusarska B. Sposób żywienia i umiejscowienie kontroli zdrowia w grupie studentów medycyny. Piel XXI w. 2014;2(47):17–22.
12. Ogińska-Bulik N. Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem. Zeszyty Naukowe WSHE. 2008;8(13):93–103.
13. Jachimowicz V, Gawłowicz K, Juszcak K. Poczucie własnej skuteczności i umiejscowienie kontroli zdrowia a palenie papierosów wśród pielęgniarek. Prz Lek. 2011;68(10):879–882.
14. Schwarzer R. Social-cognitive factors in changing health-related behavior. Curr Dir Psychol Sci. 2001;10(2):47–51.
15. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Wyd. II. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2012.
16. Skommer M. Uwarunkowania zachowań zdrowotnych człowieka. W: Bartkowiak G (red.). Czynniki kształtujące zachowania zdrowotne człowieka na przestrzeni życia. Nauka i praktyka. Poznań: Wyd. Nauk. Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu; 2008. 11–30.
17. Ślusarska B, Nowicki G. Modele teoretyczne zachowań zdrowotnych w kształtowaniu aktywności sprzyjającej zdrowiu.

- W: Prystupa A, Nowicki G (red.). Interdyscyplinarne problemy w praktyce medycznej. Lublin: Chełmskie Stowarzyszenie Medyczne Zdrowie i Edukacja; 2015. 79–89.
18. Smoleń B, Cipora E, Penar-Zadarko B et al. Wybrane zachowania zdrowotne młodzieży akademickiej a umiejscowienie kontroli zdrowia. *Prz Med Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie*. 2012;4:474–484.
 19. Norma P, Bennet P. Health locus of control. W: Conner M, Norman P (red.). *Predicting health behaviour*. Buckingham: Open University Press; 1996. 62–94.
 20. Szczepańska-Kunder Ż, Lipowski M. Poczucie umiejscowienia kontroli a podejmowanie aktywności prozdrowotnej przez nauczycieli wychowania fizycznego. *Teoria i Praktyka Wychowania Fizycznego i Sportu*. 2014;4:87–100.
 21. Kurowska K, Różańska O. Zachowania zdrowotne a umiejscowienie kontroli zdrowia u osób z rozpoznaniem kamicy żółciowej. *Piel Chir Angiol*. 2014;1:35–40.
 22. Strzelecki W, Cybulski M, Strzelecka M. Rola poczucia umiejscowienia kontroli w kształtowaniu wybranych zachowań zdrowotnych adolescentów. *Now Lek*. 2009;78(1):18–22.
 23. Bąk B, Sikorski M, Wrześniewska M. Umiejscowienie kontroli zdrowia kobiet szczepionych przeciwko zakażeniom wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV). *Stud Med*. 2012;27(3): 7–14.
 24. Kurowska K, Zdrojewska K. Zachowania zdrowotne a umiejscowienie kontroli zdrowia u czynnych zawodowo strażaków. *Anest Ratow*. 2013;7:381–389.
 25. Sęk H. Wsparcie społeczne jako kategoria zasobów i wieloznaczne funkcje wsparcia. W: Juczyński Z, Ogińska-Bulik N (red.). *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*. Łódź: Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego; 2003. 17–22, 26.
 26. Zagożdżon P. Związek między religią a zdrowiem w badaniach epidemiologicznych. *Pol Merk Lek*. 2012;191(32): 349–353.

Zaakceptowano do edycji: 2017–01–16
Zaakceptowano do publikacji: 2017–02–01

Adres do korespondencji:

Grzegorz Józef Nowicki
Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny w Lublinie
ul. Stanisława Staszica 6
20-081 Lublin
tel. kom.: 814 486 810
e-mail: grzesiek_nowicki@interia.pl