

## Zachowania zdrowotne a umiejscowienie kontroli zdrowia u osób po przebytych udarze mózgu

### *Health behaviors and health locus of control in subjects after stroke*

Krystyna Kurowska, Katarzyna Krakowiecka

Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa, Zakład Teorii Pielęgniarstwa, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń

#### Streszczenie

**Wstęp.** Poważną chorobą naczyniową mózgu stwarzającą wciąż wiele problemów jest udar mózgu. Właściwa dieta, unikanie nikotyny oraz alkoholu, kontrolowanie i utrzymanie właściwej masy ciała, regularna aktywność fizyczna mogą w pewnym stopniu uchronić przed tym schorzeniem. Efektywność działań zespołu terapeutycznego oraz zaleceń dotyczących zachowań zdrowotnych zależy od przekonań dotyczących umiejscowienia kontroli zdrowia. **Cel.** Określenie związku pomiędzy preferowanymi zachowaniami zdrowotnymi a przekonaniami dotyczącymi odpowiedzialności za swoje zdrowie w grupie osób z przebytych udarem mózgu, jako wykładnik utrzymania optymalnego stanu zdrowia. **Material i metody.** Przebadano 98 osób po przebytych udarze mózgu, przebywających na leczeniu uzdrowskim w 22 Wojskowym Szpitalu Uzdrowskim- Rehabilitacyjnym oraz Szpitalu Uzdrowskim Nr 4 Dom Zdrojowy znajdujących się w Ciechocinku. Zachowania zdrowotne określono za pomocą Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ) autorstwa Z. Juczyńskiego, a umiejscowienie kontroli zdrowia skalą MHLC wersja B w adaptacji Z. Juczyńskiego. **Wyniki.** Najwyżej ocenionym zachowaniem zdrowotnym są praktyki zdrowotne, najniższe zachowania profilaktyczne. Wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia prezentują głównie mężczyźni oraz osoby z wyższym wykształceniem. Pacjenci z zewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia mają lepsze nawyki żywieniowe, są bardziej zainteresowani profilaktyką, mają bardziej pozytywne nastawienie oraz przywiązują większą uwagę do praktyk zdrowotnych, niż osoby z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia oraz osoby, według których przypadek jest odpowiedzialny za ich zdrowie. **Wnioski.** Otrzymane wyniki dotyczące zachowań zdrowotnych i umiejscowienia kontroli zdrowia mogą stać się dodatkowym elementem, ważnym w planowaniu psychoedukacji pacjentów, co wpłynie na podwyższenie poziomu wiedzy, wspierając pacjenta w dbaniu o własne zdrowie. *Geriatrics 2014; 8: 13-21.*

*Słowa kluczowe: udar mózgu, zachowania zdrowotne, styl życia, umiejscowienie kontroli zdrowia, akceptacja choroby*

#### Abstract

**Background.** Stroke is a very severe vascular brain disease. Proper diet, avoiding nicotine and alcohol, controlling and maintaining optimal weight and regular exercises may, to some extent, protect against this disease. The effectiveness of the therapy and recommendations regarding health behaviors depend on one's convictions regarding health locus of control. **Aim.** Defining the relation between preferred health behaviors and convictions regarding the responsibility for one's health in people who endured stroke, as a determinant of maintaining optimal health. **Material and methods.** The study was carried out among 98 patients residing in 22 Health-Resort Remedial Military Hospital and Health-Resort Hospital number 4 in Ciechocinek. Health behaviors were tested using the Inventory of health behaviors (IZZ) by Juczynski and health locus of control was determined using MHLC questionnaire version B, in Juczynski's adaptation. **Results.** Health practices were the highest assessed health behavior, whereas the lowest were prophylactic behaviors. Internal health locus of control was presented mainly by men and well-educated patients. Patients with external health locus of control have better eating habits, are more interested in prophylactic, have more positive attitude and pay more attention to health practices than the patients with internal health locus of control and people who believe that

the accident is responsible for their health. **Conclusion.** Obtained results regarding health behaviors and health locus of control may be an important element of psychoeducation which will increase the level of knowledge supporting patients in taking care of their own health. *Geriatrics 2014; 8: 13-21.*

*Keywords: stroke, health behaviors, lifestyle, health locus of control, disease acceptance*

## Wstęp

Udar mózgu jest chorobą, która nie tylko stanowi zagrożenie dla zdrowia człowieka, ale w głównej mierze dla jego życia. Szeroko prowadzone badania wykazały, że zajmuje on trzecie miejsce wśród przyczyn zgonów w populacji powyżej wieku średniego [1], stanowiąc również główny czynnik inwalidztwa [2]. Czynniki ryzyka miażdżycy są również czynnikami ryzyka udaru mózgu. Uchronić w pewnym stopniu człowieka przed tym schorzeniem może odpowiednia dieta, kontrola masy ciała, aktywność fizyczna i unikanie nikotyny oraz alkoholu [3]. Na zachowanie człowieka, czyli stosunek do zaleceń dotyczących zachowań zdrowotnych oraz warunków leczenia a także na obraz choroby wpływ mają między innymi przekonania dotyczące umiejscowienia kontroli zdrowia. Pacjenci z wewnętrznym umiejscowieniem zdrowia przejmują odpowiedzialność za skutki swoich działań, są bardziej odpowiedzialni za swoje zdrowie, za przebieg leczenia czy rehabilitacji. Łatwiej takim osobom podejmować wysiłek, który ma na celu szybszy powrót do zdrowia, lepszego samopoczucia. Inną grupę pacjentów cechuje zewnętrzne umiejscowienie zdrowia, co oznacza, że odpowiedzialnością za stan swojego zdrowia obarczają czynniki zewnętrzne. U tych osób proces leczenia wydłuża się, ponieważ stosują częściej bierne, unikowe sposoby radzenia sobie, rzadziej podejmują działania aktywne [4]. Niektóre osoby natomiast uważają, że ich zachowanie jest dziełem przypadku, szczęścia i to on odgrywa kluczową rolę w ich stanie zdrowia. Taka postawa, tak jak i zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia nie wpływa pozytywnie na proces zdrowienia [5]. Celem pracy było ukazanie zależności pomiędzy preferowanymi zachowaniami zdrowotnymi a umiejscowieniem kontroli zdrowia w grupie osób z przebytym udarem mózgu, jako wykładnik w utrzymaniu optymalnego stanu zdrowia.

## Materiał i metoda badawcza

Zaprezentowane badania stanowią wycinek realizacji szerszego projektu analizy jakości życia osób z chorobami przewlekłymi. Badania przeprowadzono

w okresie od kwietnia do sierpnia 2012 roku w Ciechocinku wśród kuracjuszy 22 Wojskowego Szpitala Uzdrawiskowo-Rehabilitacyjnego i w Szpitalu Uzdrawiskowym Nr 4 - Dom Zdrojowy, za zgodą komisji bioetycznej Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (KB/115/2012). W przeprowadzonych badaniach wykorzystano Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) autorstwa Z. Juczyńskiego; Kwestionariusz MHLC – wersję B autorstwa A. Wallston i R. De Vellis w adaptacji Z. Juczyńskiego oraz ankietę konstrukcji własnej, odnoszącą się do różnych aspektów naszego życia (dane demograficzne i związane ze schorzeniem). Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) zbudowany jest z 24 stwierdzeń opisujących cztery kategorie zachowań zdrowotnych. Zachowania te dotyczą prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, praktyk zdrowotnych a także pozytywnego nastawienia psychicznego. Zaznaczone wartości liczbowe zlicza się celem uzyskania ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych. Jego wartość mieści się w granicach 24-120 punktów. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie deklarowanych zachowań zdrowotnych [6]. Kwestionariusz MHLC jest to Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia. Skala MHLC zawiera 18 stwierdzeń i ujmuje przekonania dotyczące zgeneralizowanych oczekiwań w trzech wymiarach umiejscowienia kontroli zdrowie:

- 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.

Badany wyraża swój stosunek do przedstawionych stwierdzeń na sześciostopniowej skali. Zakres wyników dla każdej ze skal obejmuje przedział od 6 do 36 punktów. Im wyższy wynik, tym silniejsze przekonanie, że dany czynnik ma wpływ na stan zdrowia [6]. Do opisu zmiennych wykorzystano statystyki opisowe

(średnia arytmetyczna minimum, maksimum, odchylenie standardowe) oraz rozkłady zmiennych. Badanie związków przeprowadzono za pomocą współczynnika korelacji liniowej Spearmana. Za istotne statystycznie przyjęto wartości testu spełniające warunek, że  $p < 0,05$ . Analizy wykonano przy pomocy pakietu statystycznego STATISTICA 10.

## Wyniki badań

Analiza danych pokazuje, że mężczyźni, to przeważająca grupa wśród badanych (64,0%). Średnia wieku respondentów wynosiła niewiele ponad 67 lat. Najlicniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 51-70 lat (60,0%), ponad 70 lat 30,0% a najmniej liczna w wieku 30-50 lat (10,0%). Większość miała wykształcenie średnie (46,0%), pozostawała w związkach małżeńskich (66,0%), mieszkała w mieście (80,1%) z rodziną (83,0%), posiadała potomstwo (95,0%). Z pracy zawodowej utrzymywało się 9,0% badanych, z emerytury 48,0% a 43,0% z renty. Zdecydowana większość respondentów (62,0%) stwierdziła, że daje sobie radę z czynnościami dnia codziennego. Spośród osób, które odpowiedziały,

że choroba spowodowała wystąpienie problemów z czynnościami dnia codziennego – najbardziej liczna grupa wskazała utrudnienie w wykonywaniu drobnych prac domowych (38,0%). Dla 35,0% respondentów były to trudności związane z ubieraniem i rozbieraniem a 14,0% z nich uważało, że największą trudność sprawiają im czynności związane z codzienną higieną.

Analizując wskaźnik zachowań zdrowotnych (tabela I) wykazano, że badani jako grupa prezentują wysoki poziom „prawidłowych nawyków żywieniowych”. Średnia wyniosła – 24,18 punktu na 30 punktów możliwych, co stanowi 80,6%. Odchylenie standardowe wyniosło ponad 18% wartości średniej, co świadczy o średnim zróżnicowaniu wyników. „Zachowania profilaktyczne”, to również poziom wysoki. Średnia wartości punktowa wyniosła 23,44 punktu (78,1%). Odchylenie standardowe ponad 15% wartości średniej, co również świadczy o przeciętnym zróżnicowaniu wyników. Jako grupa, badani prezentują wysoki „poziom pozytywnego nastawienia psychicznego”. Średnia 24,19 punktu (80,6%). Odchylenie standardowe wyniosło 12% wartości średniej, co świad-

Tabela I. Średnie wartości punktowe zachowań zdrowotnych

Table I. Mean point values of health behaviors

Pozycja	zachowania zdrowotne	prawidłowe nawyki żywieniowe (PN)	zachowania profilaktyczne (ZP)	pozytywne nastawienie psychiczne (PN)	praktyki zdrowotne (PZ)
N	98	98	98	98	98
Średnia	97,11	24,18	23,44	24,19	25,30
Odch.Std.	10,531	4,510	3,619	2,935	3,405
Ufność -95%	95,00	23,28	22,71	23,61	24,61
Ufność +95%	99,22	25,09	24,16	24,78	25,98
Minimum	61,0	12,0	13,0	16,0	15,0
Maksimum	116,0	30,0	30,0	30,0	30,0
Dolny kwartył	91,0	21,0	22,0	22,0	24,0
Mediana	98,5	25,0	24,0	25,0	26,0
Górny kwartył	105,0	28,0	26,0	26,0	28,0

Tabela II. Wyniki umiejscowienia kontroli zdrowia

Table II. Health control location results

kontrola	wewnętrzna		wpływ innych		przypadek		
	wyniki	liczba	%	liczba	%	liczba	%
<b>Niskie</b>		54	55,1	51	52,0	52	53,1
<b>Wysokie</b>		44	44,9	47	48,0	46	46,9

czy o niewielkim zróżnicowaniu wyników. Badani prezentują także wysoki poziom „praktyk zdrowotnych”. Średnia wyniosła 25,30 punktu (84,3%). Odchylenie standardowe stanowi ponad 13% wartości średniej, co świadczy o niewielkim zróżnicowaniu wyników. Podsumowując, ze wszystkich kategorii zachowań zdrowotnych najwyższej oceniono „praktyki zdrowotne”, dalej „pozytywne nastawienie psychiczne”, najniżej „zachowania profilaktyczne”. Badani najlepszy wynik uzyskali w kategorii „praktyk zdrowotnych”. Najślabzy natomiast w kategorii „pozytywnego nastawienia psychicznego” – mężczyźni oraz „zachowań profilaktycznych” – kobiety. Wszystkie otrzymane różnice w średnich są nie istotne statystycznie, jedynie w dziedzinie „pozytywnego nastawienia psychicznego” zależność jest bliska istotnej statystycznie.

Ze wszystkich wymiarów umiejscowienia kontroli zdrowia najwyższe wartości punktowe otrzymano w wymiarze kontroli wpływu innych (I) – średnia 26,47 punktu, najniższe natomiast w wymiarze przypadku (P) – 20,90 punktu. Rozkład tabeli II ujawnia, że największą liczbę wyników wysokich otrzymano w wymiarze wpływu innych (I) – 48,0%, najmniejszą w wymiarze wewnętrznym (W) – 44,9%. Badając respondentów w zależności od płci skalą MHLC ustalono, iż mężczyźni prezentują wyższą wewnętrzną kontrolę zdrowia niż kobiety. Zależność ta jest istotna statystycznie. Uważają, iż przypadek rzadziej decyduje o ich zdrowiu. Wyżej umiejscawiają również wpływ innych.

W wymiarze Kontroli wewnętrznej w badanej populacji, wyniki mężczyzn były wyższe od wyników kobiet średnio o 2,34 punktu. „Prawidłowe nawyki żywieniowe”, pozostawały w istotnej statystycznie, niskiej korelacji z wynikami wymiarów kontroli wewnętrznej ( $r = -0,23$ ;  $p < 0,0023$ ) i wpływu innych

( $r = 0,28$ ;  $p < 0,005$ ). Najwyższe wyniki wymiaru wewnętrznego odnotowano wśród osób o przeciętnych wynikach „prawidłowych nawyków żywieniowych”, najniższe o wynikach wysokich. W wymiarze wpływu innych najwyższe wyniki odnotowano wśród badanych o wynikach wysokich, najniższe o wynikach niskich. W wymiarze przypadku, najwyższe wyniki wśród wyników niskich „Prawidłowych nawyków żywieniowych”, najniższe wśród wyników przeciętnych. „Zachowania profilaktyczne”, pozostawały w istotnej statystycznie, średniej korelacji z wynikami wymiaru wpływu przypadku ( $r = -0,33$ ;  $p < 0,0001$ ) i niskiej z wynikami wpływu innych ( $r = -0,28$ ;  $p < 0,0005$ ). Najwyższe wyniki wymiaru wewnętrznego, uzyskali badani o niskich wynikach „zachowań profilaktycznych”, najniższe o wynikach wysokich. W wymiarze wpływu innych najwyżej punktowali badani o wynikach wysokich „zachowań profilaktycznych”, najniżej o wynikach niskich. W wymiarze wpływu przypadku, najwyżej o wynikach niskich, najniżej o wynikach wysokich „zachowań profilaktycznych”. Wyniki „pozytywnego nastawienia psychicznego”, pozostawały w istotnej statystycznie, niskiej korelacji z wynikami wymiarów wpływu innych ( $r = 0,28$ ;  $p < 0,0006$ ). Najwyższe wyniki wymiaru wewnętrznego, odnotowano wśród badanych o przeciętnych wynikach „pozytywnego nastawienia psychicznego”. Najniższe o wynikach niskich. W wymiarze wpływu innych najwyżej punktowali badani o wynikach wysokich „prawidłowe nawyki żywieniowe”, najniżej o wynikach niskich. W wymiarze wpływu przypadku, najwyżej punktowali badani o wynikach przeciętnych, najniżej o wynikach niskich „prawidłowych nawyków żywieniowych”. Wyniki „zachowań profilaktycznych”, nie pozostawały w istotnej statystycznie korelacji z wynikami wymiarów kontroli zdrowia. Najwyższe wyniki

Tabela III. Wyniki normalizacyjne ze względu na płeć  
Table III. Standardization results according to sex

Badana grupa	Płeć	N	kontrola wewnętrzna		wpływ innych		Przypadek	
			Średnia	SD	Średnia	SD	Średnia	SD
Analizowana	Mężczyźni	63	26,75	±3,71	27,74	±3,79	20,95	±4,50
	Kobiety	35	24,41	±4,42	26,53	±4,94	22,35	±5,20
Normalizacyjna	Mężczyźni	310	26,33	5,31	21,06	5,16	19,81	4,56
	Kobiety	456	24,68	5,64	22,77	5,36	21,48	5,00

Tabela IV. Korelacje zachowań zdrowotnych a umiejscowienie kontroli zdrowia  
Table IV. Correlations between health behaviors and health locus of control

Wymiar	N	R	t(N-2)	P
Zachowania zdrowotne & Kontrola wewnętrzna	95	-0,032	-0,311	0,757
Zachowania zdrowotne & Wpływ innych	95	0,237	2,348	0,021
Zachowania zdrowotne & Przypadek	95	-0,084	-0,811	0,419

wymiaru wewnętrznego, wpływu innych i przypadku odnotowano wśród badanych o niskich wynikach „praktyk zdrowotnych”. Najniższe w przypadku kontroli wewnętrznej o wynikach wysokich. W przypadku wpływu innych o wynikach przeciętnych i we wpływie przypadku o wynikach wysokich. Wyniki „zachowań zdrowotnych”, pozostawały w istotnej statystycznie, niskiej korelacji z wynikami wymiaru wpływu innych (tabela III). Najwyższe wyniki wymiaru wewnętrznego i przypadku odnotowano wśród badanych o niskich wynikach „zachowań zdrowotnych”. Najniższe o wynikach przeciętnych. W wymiarze wpływu innych najwyżej punktowali badani o wynikach wysokich IZZ, najniżej o wynikach niskich.

## Dyskusja

Z analizy materiału wynika, że „zachowania profilaktyczne” są najniżej ocenianą kategorią zachowań, pacjenci po udarze mózgu mają większą świadomość zdrowotną, co się przekłada na regularność wizyt lekarskich i chęć zdobywania informacji na temat własnego zdrowia. W badaniach prowadzonych przez Basińską

„zachowania profilaktyczne” pacjentów chorych na cukrzycę, w przeciwieństwie do pacjentów po udarze mózgu, zostały ocenione bardzo wysoko (zaraz po pozytywnym nastawieniu psychicznym) [7]. Prewencja w przypadku pacjentów chorujących na cukrzycę jest niezmiernie ważna, gdyż zachowania takie bardzo pomagają im w codziennej egzystencji, zapobiegając groźnym powikłaniom. W przypadku „pozytywnego nastawienia psychicznego” badani reprezentują stosunkowo wysoki poziom w tej kategorii. Starają się unikać zbyt silnych emocji oraz takich uczuć jak gniew, lęk czy depresja. Powołując się ponownie na badania dotyczące przewidywań, co do stosowania się do zaleceń dietetycznych u chorych na cukrzycę typu 1 wykazano, że pacjenci w tej dziedzinie zdobyli wysoką ogólną punktację [7]. Taki rozkład wyników może świadczyć o ważności „pozytywnego nastawienia psychicznego”, które pomaga w pokonywaniu przeszkód, jakie pojawiają się u pacjenta z przebyłym udarem mózgu jak i u chorych na cukrzycę. W „praktykach zdrowotnych” respondenci uzyskali najwyższy wynik. Można powiedzieć, że respondenci po udarze mózgu

prezentują wysoki poziom „praktyk zdrowotnych”. Unikają nadmiernego wysiłku fizycznego, starają się wystarczająco dużo odpoczywać, ograniczają palenie tytoniu. Cierzniakowska ocenie poddała zachowania zdrowotne chorych ze zwężeniem tętnic szyjnych, którzy w ponad połowie doznali w przeszłości udaru niedokrwiennego mózgu. Grupa ta była zbliżona wiekowo i pod względem aktywności zawodowej do badań własnych. Wykazała, że największe nasilenie zachowań zdrowotnych w „praktykach zdrowotnych”, a najmniejsze w „prawidłowych nawykach żywieniowych”. Pacjenci ze zwężeniem tętnic szyjnych prezentowali zachowania zdrowotne w większości przypadków na umiarkowanym poziomie. Porównując zachowania zdrowotne w zależności od wieku, pacjenci ze zwężeniem tętnic otrzymali odmienne wyniki, niż po udarze mózgu. Osoby starsze bardziej dbały o swój stan zdrowia niż chorzy z młodszej grupy wiekowej. Może to wynikać z faktu, iż emeryci, do których należą głównie osoby starsze mają więcej czasu na prowadzenie ustabilizowanego stylu życia, co się przekłada na większą dbałość o własne zdrowie, przestrzeganie zaleceń lekarskich [8]. W badaniach prowadzone przez Girzewską wśród pacjentów leczonych z powodu udaru mózgu, wykazano, iż co trzecia osoba znała zasady stylu życia zalecanego po udarze mózgu, a niewiele więcej, posiadała wiedzę na temat stosowania odpowiedniej diety. Większość z nich deklarowała chęć zrezygnowania ze spożywania alkoholu oraz potrzebę zerwania z nałogiem nikotynowym. Zdecydowana większość pacjentów oczekiwała od personelu medycznego edukacji w zakresie stylu życia głównie, odnośnie zasad prawidłowego żywienia oraz poszerzenia wiedzy na temat nowych form aktywności fizycznej [9]. Autorzy tłumaczą swoje wyniki faktem, iż nikotynizm i alkoholizm jest najczęstszym i niezależnym czynnikiem sprzyjającym występowaniu udaru mózgu. Potwierdzeniem takiego stanu rzeczy może być analiza badań własnych, która wykazała, iż ponad połowa respondentów kontroluje swoją masę ciała i ogranicza palenie tytoniu. Wyniki te sugerują na dużą świadomość respondentów na temat realnych czynników ryzyka udaru mózgu.

Istotną cechą mającą wpływ na funkcjonowanie jednostki w trudnych sytuacjach jest poczucie kontroli. Warunkuje ono przebieg procesu stresowego poprzez ocenę stopnia zagrożenia i podejmowania określonych strategii radzenia sobie ze stresem. Wyróżnia się dwa rodzaje poczucia umiejscowienia kontroli w odniesie-

niu do stanu zdrowia: wewnętrzne umiejscowienie kontroli, które jest wyrazem przekonania jednostki o jej bezpośrednim wpływie na stan zdrowia, oraz zewnętrzne – gdy jest ona przekonana, że stan jej zdrowia uzależniony jest od czynników zewnętrznych. W skład tych czynników wchodzi: szczęście, przypadek, przeznaczenie lub też inni ludzie [6]. Badania własne wykazały, że ze wszystkich wymiarów umiejscowienia kontroli zdrowia najwyższe wartości punktowe otrzymano w wymiarze kontroli wpływu innych, najniższe natomiast w wymiarze przypadku. Największą liczbę wyników wysokich otrzymano w wymiarze wpływu innych, najmniejszą w wymiarze wewnętrznym. Nasuwa się ogólny wniosek, iż osoby cierpiące na choroby przewlekłe częściej reprezentują zewnętrzny wymiar kontroli. Może wynikać to z faktu, iż osoby chorujące przewlekłe nie radzą sobie same, przez co częściej polegają na pomocy innych osób. Wynik ten pokazuje, że osoby po udarze mózgu wolą polegać na zdaniu innych, w kwestii swojego zdrowia, nie chcą jednak liczyć tylko na przypadek. Większość chorych generalizuje zewnętrzną kontrolę zdrowia, czyli wpływ innych na swój stan zdrowia. Największą liczbę wyników wysokich otrzymano w wymiarze wpływu innych. Taki rozkład cech u pacjentów jest stosunkowo korzystny, ponieważ będą realizować zalecenia medyczne oraz mobilizować się do podjęcia aktywnego działania. Tematykę kontroli zdrowia podjęła Opuchlik [10]. Badani ze współistniejącą chorobą niedokrwienną serca oraz nadciśnieniem tętniczym wykazywali silniejsze przekonanie o wpływie innych osób na stan ich zdrowia. Tłumaczyła to tym, że być może czują większą obawę o swoje zdrowie i dalsze życie, gdyż są bardziej obciążeni. Wolą polegać na innych, w tym na personelu medycznym, dzięki któremu mogą pogłębić wiedzę i nabyć dodatkowych umiejętności, które pozwolą lepiej dbać o swój stan zdrowia. Pacjenci z nadciśnieniem tętniczym, u których wykluczono inne jednostki chorobowe, przypisywali większe znaczenie wewnętrznemu umiejscowieniu kontroli zdrowia. Świadczy to może o tym, iż pacjenci, u których stwierdzono jedynie nadciśnienie wierzą, iż własne zdrowie jest tylko ich wyłączną sprawą, a nie wynikiem oddziaływania osób trzecich. Może mieć to pozytywny wpływ związany z przyjęciem większej odpowiedzialności za swoje zdrowie, co w konsekwencji może dobrze służyć zdrowiu. Biorąc pod uwagę płeć respondentów, uzyskane wyniki różnią się istotnie statystycznie jedynie w kategorii Wymiaru Wewnętrznego. Mężczyźni uzyskali

wyższy wynik niż badane kobiety. W wymiarze przypadku mężczyźni uzyskali niższe wyniki niż kobiety. Analiza materiału wykazała również, że kobiety zdecydowanie częściej uzależniają swój stan zdrowia od innych. Wpływ innych osób na kontrolę zdrowia jest tu bardzo widoczny. Kobiety w sytuacjach trudnych często korzystają ze wsparcia społecznego, stanowiącego dla nich coś w rodzaju ważnego buforu w radzeniu sobie ze stresem. Wielokrotnie poszukuje się wsparcia społecznego, które można przyjąć jako strategię radzenia sobie ze stresem. Być może także i w przypadku problemów zdrowotnych, kobiety opierają się na opiniach, doświadczeniach innych osób – lekarzy, przyjaciółek, znajomych, czy nawet rodziny. Stąd tak silna u kobiet tendencja do korzystania ze wsparcia innych osób, w przypadku pojawienia się problemów zdrowotnych. Mężczyźni natomiast cechują się wewnętrznym poczuciem kontroli. Mężczyźni w obliczu stresu – a sytuacją stresową może być choroba – lubią zachowywać się zadaniowo, potrafią sprawować kontrolę nad tym, co się im przydarza. Zatem z jednej strony chcą kierować swoim życiem i zdrowiem, ale z drugiej strony uważają, że i tak wszystko zależy od otoczenia (wpływ innych), czegoś, na co nie mamy tak do końca wpływu. Można przypuszczać, że u badanych mężczyzn wyłaniają się dwie, antagonistyczne postawy wobec zdrowia. Warto w tym miejscu dokonać analizy wyników badań uzyskanych przez Andruszkiewicz [11]. Osoby z cukrzycą typu 2 różnią się pod względem wewnętrznego umiejscowienia kontroli ze względu na płeć - kobiety mają poczucie wewnętrznej kontroli mniejsze, niż mężczyźni. Takie wyniki również uzyskano w badaniach własnych. Mężczyźni z cukrzycą typu 2 różnią się pod względem zewnętrznego (wpływ innych, przypadek) umiejscowienia kontroli zdrowia, od mężczyzn uzależnionych od tytoniu z chorobami naczyń obwodowych. Pomiędzy kobietami nie ma różnic istotnych statystycznie. Istnieje związek pomiędzy wewnętrznym umiejscowieniem kontroli a akceptacją choroby, głównie w grupie mężczyzn. Im częściej lokują kontrolę zdrowia w sobie, tym bardziej akceptują chorobę. Podobne wyniki uzyskała Basińska, wykazując, że kobiety w kategorii umiejscowienia wewnętrznego zdobyły mniej punktów, niż badani mężczyźni. Badania te wykazały, że najwyższym umiejscowieniem kontroli zdrowia było ulokowanie wewnętrzne oraz dowiedziono także, że chorzy na cukrzycę (podobnie jak po udarze mózgu) najrzadziej są przekonani, że ich zdrowiem kieruje przypadek [7]. Kolejne badania potwier-

dzają postawioną tezę, że mężczyźni są przekonani, że sami poradzą sobie z chorobą i nie potrzebują pomocy, przez co pomniejszają rolę innych osób, przy czym swojego zdrowia nie pozostawiają przypadkowi, zdecydowanie wolą sami decydować w tak ważnej kwestii. Jest to również pochodna wychowania w naszej kulturze, gdzie mężczyznę od małego chłopca przygotowuje się do pełnienia ważnych życiowych i społecznych ról. Osoby o wewnętrznej kontroli zdrowia są również bardziej autonomiczne w podejmowaniu decyzji, a jest to niewątpliwie cecha przypisywana mężczyznom. Azlin w grupie osób z nadciśnieniem tętniczym wykazał, że osoby z zewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia częściej stosują się do farmakoterapii oraz chętniej wypełniają zalecenia lekarskie dotyczące terapii. Tłumaczył to uwarunkowaniami kulturowymi, ponieważ większość respondentów prowadzonych badań, to wyznawcy Islamu. Powszechnie wiadomo, że w religii tej brak zainteresowania swoją chorobą oraz niestosowanie się do zaleceń lekarskich jest uznawane za grzech, a to motywuje chorych do przestrzegania zasad terapii. Wskazują również, że pacjenci z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia chętniej angażują się w działania mające na celu ochronę własnego zdrowia, są bardziej zmotywowani do zmian w swoim stylu życia oraz częściej szukają informacji na temat swojej choroby, a co za tym idzie odczuwają potrzebę posiadania wiedzy nie tylko na temat choroby, ale również sposobów jej leczenia [12]. Wymiar wewnętrzny kontroli zdrowia pozostawał w istotnej średniej korelacji jedynie z „prawidłowymi nawykami żywnościowymi”. Wpływ innych pozostawał w istotnie niskiej korelacji z „prawidłowymi nawykami żywieniowymi”, „zachowaniami profilaktycznymi”, „pozytywnym nastawieniem”, a także „zachowaniami zdrowotnymi”. Takie wyniki mogą wpływać z faktu, iż osoby z zewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia chętniej wprowadzają w swoje życie prawidłowe nawyki żywieniowe oraz poddają się badaniom profilaktycznym. Należy jednak pamiętać, że osoby takie są również bardziej podatne na wpływ innych osób, w tym personelu medycznego, co sprawia, że chętniej poddają się terapii oraz stosują do zaleceń. W literaturze przedmiotu znaleziono również opracowanie odnośnie przekonania o umiejscowieniu kontroli zdrowia chorych na cukrzycę typu 1 a zachowania zdrowotne autorstwa Basińskiej, w których wykazano, iż zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia (w innych osobach) koreluje z zachowaniami zdrowotnymi jedy-

nie w przypadku kobiet [4]. Oznacza to, że kobiety bardziej, niż mężczyźni podatne są na wpływ innych dotyczący zachowań zdrowotnych, wierzą bowiem w osoby sprawujące kontrolę, a co za tym idzie przebywając w swoim środowisku starają się do niego dostosować i przyjmować jego styl życia. Są też bardziej podatne na wpływ personelu medycznego, chodzą na badania profilaktyczne traktując to jako inwestycję w siebie. Ciekawe wyniki badań uzyskała również Wrzesińska poddając ocenie umiejscowienie kontroli zdrowia oraz poziom poczucia własnej skuteczności i optymizmu u chorych na stwardnienie rozsiane [13]. U badanych chorych na stwardnienie rozsiane dominowało przekonanie, że na ich stan zdrowia mają wpływ inne osoby, w tym głównie personel medyczny. Poczucie własnej skuteczności u większości badanych chorych kształtowało się na wysokim poziomie. Wyszło wniosek, iż chorzy z dłuższym czasem chorowania na stwardnienie rozsiane cechują się lepszymi zdolnościami adaptacyjnymi oraz chętniej podejmują działania ukierunkowane na poprawę ich stanu zdrowia, aktywnie włączają się w proces leczenia. W przypadku pacjentów po udarze mózgu wewnętrzna kontrola zdrowia jest silniejsza u osób chorujących najkrócej. W tej grupie również silnie zaznacza się wpływ innych, najmniej natomiast polegają na przypadku. Takie zestawienie cech może sugerować, iż pacjenci chętniej stosują się do zaleceń lekarskich, ale równie chętnie mogą sami sobie zmieniać zasady terapii, czując się do tego przygotowanym.

Podsumowując zachowania zdrowotne, to każde zachowanie jednostki, które może mieć ogromny wpływ na jej zdrowie, a większa zewnątrzsterowność oznacza mniejszą skłonność do zachowań zdrowotnych. Osoby mające problemy z samodzielnym wzięciem odpowiedzialności za swoje zdrowie są również bardziej skłonne w różnych sytuacjach stresowych, jakich nie brakuje w codziennym życiu, szukać wsparcia w innych osobach. Takie zachowanie ma na celu najczęściej odwrócenie uwagi od problemu, z którym nie mogą sobie poradzić. Dla personelu medycznego, którzy pragną lepiej poznać swoich pacjentów w celu bardziej efektywnego leczenia ma to bardzo duże znaczenie. Wiedza na temat pacjenta dotycząca umiejscowienia jego kontroli nad własnym

zdrowiem zespołowi medycznemu pozwala indywidualnie podejść do każdego chorego. Taka znajomość przekonań pacjenta na temat źródła odpowiedzialności za własne zdrowie powinna być sygnałem dla personelu medycznego, że taki pacjent wymaga swoistego podejścia. Osoby, które reprezentują przekonanie, że to inni są odpowiedzialni za ich zdrowie wymagają większego ukierunkowania na sprawy edukacji, aniżeli pacjenci, którzy są przekonani, iż o ich zdrowiu decyduje nikt inny jak tylko oni sami.

## Wnioski

1. Najwyżej ocenionym zachowaniem zdrowotnym u osób z przebyłym udarem mózgu są praktyki zdrowotne, najniżej zachowania profilaktyczne.
2. Wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia prezentują głównie mężczyźni oraz osoby z wyższym wykształceniem.
3. Pacjenci z zewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia mają lepsze nawyki żywieniowe, są bardziej zainteresowani profilaktyką, mają bardziej pozytywne nastawienie psychiczne oraz przywiązują większą uwagę do praktyk zdrowotnych, niż osoby z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia oraz osoby, według których przypadek jest odpowiedzialny za ich zdrowie.
4. Otrzymane wyniki dotyczące zachowań zdrowotnych i umiejscowienia kontroli zdrowia mogą stać się dodatkowym elementem, ważnym w planowaniu psychoedukacji pacjentów, co wpłynie na podwyższenie poziomu wiedzy, wspierając pacjenta w dbaniu o własne zdrowie.

## Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Adres do korespondencji:

✉ Krystyna Kurowska Krystyna  
Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa  
Zakład Teorii Pielęgniarstwa  
CM w Bydgoszczy, UMK Toruń  
ul. Techników 3; 85-801 Bydgoszcz  
☎ (+48 52) 585 21 94  
✉ krystyna\_kurowska@op.pl



**Piśmiennictwo**

1. Domżał TM. Epidemiologia udarów mózgu. W: Niedokrwienne udary mózgu. Pod red. A. Prusińskiego, T. M. Domżała, W. Kozubskiego, A. Szczudlika. Bielsko-Biała: α-medica press; 1999.
2. Dryja P, Drożdż J. Udary mózgu – patogeneza i czynniki ryzyka. Forum Kardiol 2005;10(2):72-5.
3. Mołda-Wojciechowska E. Pacjent po udarze mózgu w gabinecie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej – wtórna profilaktyka udaru. Pol Merkuriusz Lek 2008;25(145):83-6.
4. Basińska MA, Maćkowska P, Listwan A. Przekonania o umiejscowieniu kontroli zdrowia chorych na cukrzycę typu 1 a zachowania zdrowotne. Diabetol Prakt 2011;12(4):151-9.
5. Baranowska A, Członkowska A. Czynniki ryzyka oraz prewencja udaru niedokrwionego mózgu. Nowa Klin 2004;11(5/6):510-8.
6. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2001.
7. Basińska MA, Zalewska-Rydzkowska D, Junik R, Skibicka M. Przewidywanie stosowania się do zaleceń dietetycznych przez chorych na cukrzycę typu 1 - związek z umiejscowieniem kontroli zdrowia. Diabetol Prakt 2007;8(11):419-24.
8. Cierzniaowska K, Westphal B, Szewczyk MT, Cwajda-Białasik J, Popow A. Zachowania zdrowotne chorych ze zwężeniem tętnic szyjnych. Pielęg Chir Angiol 2011;5(4):211-7.
9. Girzelska J, Kościółek A, Mianowana V, Dobrowolska B. Świadomość pożądaných zachowań zdrowotnych jako czynnika warunkującego oddziaływanie edukacyjne pielęgniarki w przygotowaniu do samoopieki pacjenta po przebytych udarach mózgu. Probl Pielęg 2010;18(4):413-9.
10. Opuchlik K, Wrzesińska M, Kocur J. Ocena poziomu stylów radzenia sobie ze stresem i poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia u osób z chorobą niedokrwienną serca i nadciśnieniem tętniczym. Psychiatr Pol 2009;43(2):235-45.
11. Andruszkiewicz A, Basińska MA, Marzec A. Umiejscowienie osobowościowej kontroli zdrowia u chorych z cukrzycą typu 2 oraz akceptacja choroby. Med Metab 2008;12(3):31-4.
12. Azlin B, Hatta S, Norzila Z, Sharifa Ezat WP. Health locus of control among non-compliance hypertensive patients undergoing pharmacotherapy. Malays J Psychiatry 2007;16(1):20-39.
13. Wrzesińska MA, Opuchlik K, Kocur J. Ocena umiejscowienia kontroli zdrowia oraz poziomu poczucia własnej skuteczności i optymizmu u chorych na stwardnienie rozsiane. Post Psychiatr Neurol 2008;17(4):313-8.