

# Umiejscowienie kontroli zdrowia w grupie starzejących się mężczyzn – doniesienie wstępne

## The health locus of control in aging men – preliminary report

Anna B. Pilewska-Kozak<sup>1</sup>, Klaudia Pałucka<sup>2</sup>, Celina Łepecka-Klusek<sup>1</sup>,  
Lechosław Putowski<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Katedra i Klinika Ginekologii i Endokrynologii Ginekologicznej Wydział Nauk o Zdrowiu,  
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

<sup>2</sup> Doktorantka w Katedrze i Klinice Ginekologii i Endokrynologii Ginekologicznej Wydział Nauk o Zdrowiu,  
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

### Streszczenie

**Wstęp.** Umiejscowienie kontroli zdrowia ma duże znaczenie w kwestii postrzegania zaleceń medycznych oraz zachowań sprzyjających zdrowiu. **Cel.** Celem pracy było sprawdzenie, jakie jest umiejscowienie kontroli zdrowia w grupie hospitalizowanych, starzejących się mężczyzn. **Materiał i metody.** Badaniem objęto 119 mężczyzn, pacjentów oddziałów kardiologicznych, urologicznych lub poradni przyszpitalnej. Przeprowadzono je od czerwca 2013 roku do lutego 2014 roku. W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, z użyciem kwestionariusza ankiety własnej konstrukcji oraz Wielowymiarowej Skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia. **Wyniki.** Badani mężczyźni byli w wieku w wieku 45-55 lat, średnio  $50,5 \pm 3,16$  lat. Najwyższą średnią liczbę punktów zaobserwowano dla wewnętrznej kontroli zdrowia ( $M = 26,1 \pm 3,9$ ). Analiza korelacji wykazała związek wieku badanych z wymiarem umiejscowienia kontroli zdrowia ( $p < 0,05$ ). Mężczyźni z młodziej grupy wiekowej (45-50 lat) mieli częściej wysokie zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia – przypadek (39; 32,9%). W odniesieniu do typów umiejscowienia kontroli dostrzeżono, iż co piąty mężczyzna to typ niezróżnicowany silny bądź niezróżnicowany słaby (odpowiednio po 26; 21,8%). **Wnioski.** Starzejących się mężczyzn charakteryzuje wewnętrzna kontrola zdrowia, przy czym jej wymiar zależy od ich wieku. Dominującym typem umiejscowienia kontroli zdrowia jest typ niezróżnicowany silny lub niezróżnicowany słaby. (Gerontol Pol 2016; 24: 45-50)

**Słowa kluczowe:** umiejscowienie kontroli zdrowia, starzejący się mężczyźni

### Abstract

**Introduction.** Health locus of control is very important for performing medical recommendations and for choosing healthy behaviors. **Aim.** The aim of research was establishing indicators of the health locus of control among hospitalized ageing men. **Material and methods.** The study covered 119 men, hospitalized in cardiology, urology or receiving treatment in health centre. The study was carried out from June 2013, until February 2014. In the research, the diagnostic survey method was used and it consisted of self-made questionnaire and The Multidimensional Health Locus of Control Scale. **Results.** The study covered men at the age of 45-55 ( $50.5 \pm 3.16$  years). In the examined group the highest average number of points was observed for the internal locus of control ( $M = 26.1 \pm 3.9$ ). The research revealed a significant relationship between the age of men and the dimension of the locus of control ( $p < 0.05$ ). The men from the younger age group (45-50 years) had more often high external health locus of control as the case (39; 32.9%). Regarding the types of health locus of control, it was noticed that every fifth man (appropriately 26; 21.8%) was strong undifferentiated type or weak undifferentiated type. **Conclusions.** The aging men are characterized by internal health locus of control, but its dimension depends on their age. The predominant type of location of health locus of control is strong undifferentiated type or weak undifferentiated type. (Gerontol Pol 2016; 24: 45-50)

**Key words:** health locus of control, aging man

## Wstęp

Pojęcie umiejscowienia kontroli zdrowia wywodzi się z teorii Rottera, dotyczącej społecznego uczenia się, która wyjaśnia, że ludzie mają bardzo różne sposoby interpretowania tych samych sytuacji. Umiejscowienie kontroli dzieli się na wewnętrzne oraz zewnętrzne. Pierwsze z nich to nic innego, jak odbieranie własnych działań, jako skutecznych i ważnych podczas wykonywania poszczególnych czynności. Jednostka docenia konsekwencje własnych działań. Osoby posiadające wewnętrzne poczucie kontroli charakteryzują się silniejszą osobowością oraz pewnością siebie. Wyróżniają się wysokimi życiowymi aspiracjami i wiarą we własne siły. Zewnątrz poczucie umiejscowienia kontroli ma miejsce, kiedy odpowiedzialność za konkretne sytuacje życiowe jednostka znajduje poza swoją osobą. Nie ufa sobie oraz nie wierzy w skuteczność własnych działań. Uważa, że niezależnie od tego, co zrobi, jej sytuacja jest uwarunkowana czynnikami zewnętrznymi. Osoba z zewnętrznym poczuciem kontroli jest zazwyczaj niepewna siebie, bierna oraz bardziej zależna od innych [1,2].

Lokalizacja kontroli ma swoje odniesienie do zdrowia, jako czynnik warunkujący zachowania człowieka. Jest kluczowym czynnikiem rozwoju promocji zdrowia i skuteczności profilaktyki [1-4]. Zmienia się w ciągu życia, a jej stabilność determinują różne sytuacje losowe [4]. Pewne znaczenie w tej kwestii ma również płeć [3,5].

Funkcjonujące w piśmiennictwie pojęcie „starzejący się mężczyźni” badacze odnoszą do wieku 45-55 lat [6,7]. W tym czasie bowiem większość mężczyzn dostrzega u siebie objawy (których wcześniej nie było) oraz uświadamia sobie starzenie się organizmu. Wzrasta też ryzyko pojawienia się chorób przewlekłych, a co za tym idzie zachodzi potrzeba zwiększenia troski o własne zdrowie [6-9]. Stąd interesujące wydawało się podjęcie badań odnośnie lokalizacji kontroli zdrowia w tej grupie mężczyzn.

## Cel pracy

Celem pracy było sprawdzenie, jakie jest umiejscowienie kontroli zdrowia w grupie starzejących się mężczyzn, leczonych z powodu choroby przewlekłej.

## Materiał i metody

Badaniami objęto 119 mężczyzn, hospitalizowanych na oddziałach kardiologicznych, urologicznych i pacjentów poradni przyszpitalnych, w okresie od czerwca 2013

roku do lutego 2014 roku w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 4 w Lublinie, w Okręgowym Szpitalu Kolejowym SPZOZ w Lublinie oraz w Szpitalu Wojewódzkim im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu. Kryterium włączenia do grupy stanowił:

- wiek 45-55 lat,
- leczenie się z powodu choroby przewlekłej,
- dobry stan ogólny w dniu prowadzenia badań,
- wyrażenie pisemnej zgody na udział w badaniach.

W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędzie badawcze stanowił specjalnie dla celów tej pracy skonstruowany kwestionariusz, składający się z dwóch części. Pierwszej własnej konstrukcji, dotyczącej danych socjodemograficznych i zdrowotnych oraz drugiej, Wielowymiarowej Skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (The Multidimensional Health Locus of Control Scale – MHLC).

Wielowymiarowa skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia w polskiej adaptacji Juczyńskiego, składa się z dwóch wersji (A i B), które traktowane są jako równoznaczne. Zawierają odpowiednio 18 określeń, przedstawionych w trzech wymiarach: moje zdrowie zależy ode mnie (W); moje zdrowie zależy od wpływu innych, zwłaszcza od personelu medycznego (I); o zdrowiu decyduje przypadek lub inne czynniki zewnętrzne (P). Wyniki oblicza się oddzielnie dla trzech wymiarów, przy czym zakres w każdym z nich wynosi od 6 do 36 punktów. Im więcej punktów, tym przekonanie o silniejszym wpływie danego czynnika. Przyjmując medianę jako granicę podziału na wyniki niskie i wysokie (poniżej wartości środkowej niskie, powyżej wysokie) dla każdego z wymiarów (W, I, P) wyodrębnia się 8 typów kontroli zdrowia [10].

Przed przystąpieniem do badań każdy pacjent został poinformowany o celu badań oraz poproszony o podpisanie zgody na udział w nich, na specjalnie przygotowanym formularzu. Badania były dobrowolne i anonimowe. Projekt uzyskał pozytywną opinię Komisji Bioetycznej UM w Lublinie (nr KE-0254/148 z dnia 23 maja 2013 roku) oraz zgodę kierowników klinik i ordynatorów oddziałów szpitalnych na przeprowadzenie badań wśród leczonych tam pacjentów.

Zebrany materiał badawczy został poddany analizie statystycznej. Dane, mierzone w skali nominalnej i porządkowej, przedstawiono za pomocą liczby i odsetka. W analizie zmiennych ilościowych wykorzystano miary statystyki opisowej: średnią arytmetyczną, odchylenie standardowe, medianę, wartość minimalną i maksymalną. Weryfikacji normalności rozkładu dokonano testem Kołmogorowa Smirnowa, w którym warunek „normalności” rozkładu jest do przyjęcia wówczas, gdy  $p > 0,05$ .

W celu porównania średnich z dwóch niezależnych od siebie grup wykorzystano test t dla prób niezależnych. Do sprawdzenia założenia o jednorodności wariancji w badanych grupach zastosowano test Levene'a. Do porównania więcej niż dwóch średnich zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji (ANOVA). Jako testu post hoc użyto test Tukey'a, zwanego również testem porównań wielokrotnych [11].

W opracowaniu przyjęto poziom istotności  $p < 0,05$  wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic bądź zależności. Bazę danych i analizę statystyczną przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe IBM SPSS Statistics (wersja 21).

## Wyniki

Średnia wieku badanych wynosiła  $50,5 \pm 3,16$  lat. Dla celów tej pracy dokonano podziału mężczyzn na dwie grupy wiekowe: 45-50 lat i 51-55 lat. Blisko połowa badanych (49; 41,2%) to pacjenci oddziału kardiologii, co trzeci (37; 31,1%) oddziału urologii, a pozostali (33; 27,7%) poradni urologicznej. Wśród badanych najwięcej było (53; 44,5%) mieszkańców wsi. Dalszych 34 (28,6%) mieszkało w dużym mieście (powyżej 100 tysięcy mieszkańców), a 32 (26,9%) w małym mieście (poniżej 100 tysięcy mieszkańców). Większość to żonaci mężczyźni (100; 84 %). Innych 11 (9,3 %) to kawalerzy,

5 (4,2 %) rozwiedzionych i 2 (1,7%) wdowców. Do regularnego wykonywania badań profilaktycznych przyznało się 74 (62,2%) mężczyzn, a zaprzeczyło temu 45 (37,8%). Ponad połowa badanych (65; 54,6%) oceniła swój stan zdrowia jako dobry, 40 (33,6%) jako dostateczny, a 9 (7,6%) jako zły.

Średnie wyniki dla poszczególnych wymiarów kontroli zdrowia (w wersji A i B), w badanej grupie mężczyzn, zestawiono w tabeli I.

Najwyższą średnią liczbę punktów, zarówno w wersji A, jak i B, zaobserwowano dla wewnętrznej kontroli zdrowia, czyli dla stwierdzenia, że w największym stopniu zależy ono od samych respondentów. Na kolejnym miejscu znalazł się wpływ innych. Zdrowie jako wynik przypadku (w obu wersjach) osiągnęło najniższą liczbę punktów.

W tabeli II pokazano częstość występowania wyników niskich i wysokich umiejscowienia kontroli zdrowia w badanej grupie dla każdego z trzech wymiarów.

Niskie umiejscowienie kontroli zdrowia najczęściej spotykano, w badanej grupie mężczyzn, w wymiarze wewnętrznym (56; 54,6%). W dalszej kolejności w wymiarze wpływ innych (58; 48,7%), a następnie przypadek (56; 47,1%). W przypadku wysokiego umiejscowienia było odwrotnie.

Typy umiejscowienia kontroli zdrowia, jakie cechowały badaną grupę mężczyzn, przedstawiono w tabeli III.

Tabela I. Wyniki dla poszczególnych wymiarów kontroli zdrowia

Table I. Mean point values of the dimensions of health control

Kontrola zdrowia	M	SD	Me	Min – Max
MHCL – wersja A				
Wewnętrzna	26,1	3,9	27	11 – 36
Wpływ innych	23,6	5,7	24	9 – 35
Przypadek	19,9	6,1	20	6 – 34
MHCL – wersja B				
Wewnętrzna	26,0	3,9	27	15 – 34
Wpływ innych	24,8	5,2	25	11 – 35
Przypadek	20,6	5,3	21	8 – 30

M – średnia; SD – odchylenie standardowe; Me – mediana; Min – Max – minimum – maksimum

Tabela II. Umiejscowienie kontroli zdrowia w badanej grupie

Table II. The health locus of control in the study group

Umiejscowienie kontroli	Wymiar					
	Wewnętrzny (W)		Wpływ innych (I)		Przypadek (P)	
	n	%	%	n	%	n
Niskie	65	54,6	58	48,7	56	47,1
Wysokie	54	45,4	61	51,3	63	52,9
Ogółem	119	100,0	119	100,0	119	100,0

**Tabela III. Typy umiejscowienia kontroli zdrowia**  
**Table III. The types of the health locus of control**

Typ umiejscowienia kontroli zdrowia	n	%
Nieźródnicowany – silny	26	21,8
Nieźródnicowany – słaby	26	21,8
Powiększający wpływ przypadku	16	13,4
Pomniejszający wpływ przypadku	12	10,1
Silny – zewnętrzny	13	10,9
Silny – wewnętrzny	8	6,7
Powiększający wpływ innych	10	8,4
Pomniejszający wpływ innych	8	6,7
Ogółem	119	100,0

Badani najczęściej cechowali się typem nieźródnicowanym silnym bądź nieźródnicowanym słabym (odpowiednio po 26; 21,8%). W dalszej kolejności byli mężczyźni o typie powiększającym wpływ przypadku (16, 13,4%). Co dziesiąty (odpowiednio 12; 10,1% i 13, tj. 10,9%) to respondenci o typie pomniejszającym wpływ przypadku i silny – zewnętrzny. Typy silny – wewnętrzny

ny i pomniejszający wpływ innych cechowały odpowiednio po 8 (6,7%) ankietowanych, a powiększający wpływ innych 10 (8,4%) mężczyzn.

Różnice w umiejscowieniu kontroli zdrowia w odniesieniu do wieku badanych i miejsca ich zamieszkania pokazano w tabeli IV i V.

Nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic między wiekiem badanych a wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia oraz w określanym jako wpływ innych ( $p > 0,05$ ). Stwierdzono je natomiast w umiejscowieniu zewnętrznym, określanym jako przypadek ( $p < 0,05$ ), przy czym mężczyźni o wysokim umiejscowieniu kontroli to głównie osoby z młodszej grupy wiekowej.

Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic zarówno w wewnętrznym, jak i zewnętrznym (wpływ innych) oraz zewnętrznym (przypadek) umiejscowieniu kontroli zdrowia a miejscem zamieszkania badanych ( $p > 0,05$ ).

**Tabela IV. Umiejscowienie kontroli zdrowia a wiek mężczyzn**

**Table IV. The health locus of control and age of the men**

Wiek (w latach)	Umiejscowienie kontroli zdrowia											
	W (wewnętrzne)				I (inni)				P (przypadek)			
	Niskie		Wysokie		Niskie		Wysokie		Niskie		Wysokie	
	n = 65; 54,6%		n = 54; 65,4%		n = 58; 48,7%		n = 61; 51,3%		n = 56; 47,1%		n = 63; 52,9%	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
45-50 n = 60; 50,4%	31	26,1	29	24,4	32	26,9	28	23,5	21	17,6	39	32,8
51-55 n = 59; 49,6%	34	28,6	25	21,0	26	21,8	33	27,7	35	29,4	24	20,2
Istotność	p = 0,5				p = 0,3				p = 0,008			

**Tabela V. Umiejscowienie kontroli zdrowia a miejsce zamieszkania badanych**

**Table V. The health locus of control and place of living of the study group**

Miejsce zamieszkania	Umiejscowienie kontroli zdrowia											
	W (wewnętrzne)				I (inni)				P (przypadek)			
	Niskie		Wysokie		Niskie		Wysokie		Niskie		Wysokie	
	n = 65; 54,6%		n = 54; 65,4%		n = 58; 48,7%		n = 61; 51,3%		n = 56; 47,1%		n = 63; 52,9%	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Wieś 53; 44,5%	29	24,4	29	24,4	26	21,8	27	22,7	21	17,6	32	26,9
Małe miasto 32; 26,9%	15	12,6	25	21,0	26	21,8	33	27,7	16	13,4	16	13,4
Duże miasto 34; 28,6%	21	17,6	13	10,9	18	15,1	16	13,4	19	16,0	15	12,6
Istotność	p = 0,47				p = 0,7				p = 0,3			

## Dyskusja

Z analizy zebranego materiału wynika, iż badanych mężczyzn cechuje wewnętrzna kontrola zdrowia, co w kontekście ich aktualnej sytuacji zdrowotnej trzeba uznać za bardzo korzystne. Zwalczenie choroby i powrót do zdrowia upatrują oni przede wszystkim w sobie i swoim postępowaniu. Według Helmer i wsp. osoby takie czują się odpowiedzialne za stan własnego zdrowia oraz podejmują konkretne działania, aby je poprawić [12]. Inaczej jest w przypadku kontroli zewnętrznej – przekonanie ludzi o osobistym wpływie na zdrowie jest znikome, a zachowania prozdrowotne podejmowane rzadko [13].

Rodzaj lokalizacji kontroli zdrowia jest szczególnie ważny u osób starszych. Według Milte i wsp. kontrola wewnętrzna korzystnie wpływa na utrzymanie wysokiej jakości ich życia i funkcji fizycznych [14]. Osobom przewlekle chorym pozwala lepiej postrzegać swój stan zdrowia [15]. Wiąże się też z większym przestrzeganiem zaleceń lekarskich, w tym odnośnie regularnego wykonywania badań profilaktycznych [16,17]. Prezentowane badania potwierdzają niektóre te związki – ponad połowa (54,6%) przewlekle chorych mężczyzn ocenia swoje zdrowie jako dobre, a 62,2% regularnie korzysta z zalecanych im badań. Warto przy tym zauważyć, iż interpretacja niektórych zachowań zdrowotnych człowieka może być nieco inna. Według Juczyńskiego poddawanie się systematycznym badaniom lekarskim jest przejawem zewnętrznej kontroli zdrowia. Natomiast przestrzeganie zaleceń dietetycznych i innych, codziennych praktyk zdrowotnych, kontroli wewnętrznej [10].

W prezentowanym materiale nie zaobserwowano istotnych statystycznie zależności między umiejscowieniem kontroli zdrowia a miejscem zamieszkania mężczyzn. Dostrzeżono natomiast, że wśród badanych o wysokim, zewnętrznym umiejscowieniu kontroli (jako przypadku), dominowali mężczyźni z młodszej grupy wiekowej. W badaniach Basiagi- Pasterniak i wsp. było inaczej [18]. Warto jednak zauważyć, iż badana grupa znajdowała się z bardzo wąskim przedziałem wiekowym. Prawdopodobnie dlatego więcej istotnych różnic nie było.

## Piśmiennictwo

1. Borys B. Zasoby ludzkie w psychice człowieka. Forum Med Rodz. 2010; 4(1): 44-52.
2. Basińska MA, Zalewska-Rydzkowska D, Junik R. Przewidywanie stosowania się do zaleceń dietetycznych przez chorych na cukrzycę typu 1- związek z umiejscowieniem kontroli zdrowia. Diabetol Prakt. 2007; 8(11): 419-24.

Analiza zebranego materiału pokazała, iż co piąty mężczyzna prezentował typ umiejscowienia kontroli zdrowia nie zróżnicowany silny lub nie zróżnicowany słaby. Z tego wynika, iż lokalizacja kontroli nie była w badanej grupie jednoznaczna. Występowały jednocześnie różne jej rodzaje, co w świetle piśmiennictwa może być nawet korzystne [9]. Dostrzeżono bowiem, że wraz z wiekiem i występowaniem chorób przewlekłych wzrasta zapotrzebowanie na wsparcie ze strony osób trzecich – rodziny, znajomych, personelu medycznego [19]. Zewnętrzne poczucie kontroli może świadczyć o prawidłowym funkcjonowaniu człowieka w danej społeczności. Może też być pomocne w przezwyciężaniu trudności, związanych z odczuwaniem stresu w podejmowaniu decyzji w konkretnych sytuacjach życiowych, w tym także związanych ze zdrowiem [3,4].

Według Raportu Siemens stan zdrowia polskich mężczyzn nie jest dobry [20]. Wielu unika badań kontrolnych, a chorobę traktuje jako osobistą porażkę i zagrożenie męskiej tożsamości. W świetle tego prezentowany materiał i przegląd piśmiennictwa zachęcają do kontynuowania badań oraz poszukiwania czynników determinujących rodzaj i typ umiejscowienia kontroli zdrowia. Być może pozwoli to na lepsze zrozumienie niektórych zachowań mężczyzn, obarczonych zwiększonym ryzykiem pojawiania się chorób oraz dolegliwości, związanych z tzn. późnym hipogonadyzmem [7].

## Wnioski

1. W grupie starzejących się mężczyzn najczęściej występuje wewnętrzna kontrola zdrowia, przy czym jej wymiar zależy od ich wieku.
2. Dominującym typem umiejscowienia kontroli zdrowia w grupie starzejących się mężczyzn jest typ nie zróżnicowany silny i typ nie zróżnicowany słaby.

## Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

3. Fiszer K, Sobów T. Związek umiejscowienia kontroli zdrowia z depresyjnością wśród studentów uczelni medycznej. *Med Og Nauk Zdr.* 2013; 19(3): 294-9.
4. Kościelak R. Poczucie umiejscowienia kontroli i przekonania o własnej skuteczności w zdrowiu i chorobie. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2010: 9-66.
5. Wallston KA, Wallston BS, DeVellis R. Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Educ Monogr.* 1978; 6(2): 160-70.
6. Heinemann LAJ, Zimmermann T, Vermeulen A, Thiel C, Hummel W. A New Aging Males' (AMS) Symptoms Rating Scale. *Aging Male* 1999; 2: 105-14.
7. Jakiel G, Pilewska-Kozak AB, Łepecka-Klusek C, Tkaczuk-Włach J, Syty K. Mężczyźni kobiet menopauzalnych. Część II. Relacje partnerskie i seksualne. *Prz Menopauz.* 2009; 2: 97-101.
8. Cyłkowska-Nowak M, Plucińska M. Zdrowie kobiet i mężczyzn – wybrane aspekty społeczne i medyczne. *Nowi Lek* 2010; 79(1): 3-17.
9. Łepecka-Klusek C, Pałucka K, Pilewska-Kozak AB, Pawłowska-Muc A. Zachowania zdrowotne starzejących się mężczyzn. *J Educ Health Sport* 2015; 5(5): 496-509.
10. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2009. s. 81-8, 110-6.
11. Stanisław A. Przystępny kurs statystyki z zastosowaniem STATISTICA PL na przykładach z medycyny. Tom 1 i 2. Kraków: StatSoft Polska; 2006.
12. Helmer SM, Krämer A, Mikolajczyk RT. Health-related locus of control and health behaviour among university students in North Rhine Westphalia, Germany. *BMC Res Notes.* 2012; 5(1): 1-8.
13. Cotter KA, Lachman ME. No strain, no gain: psychosocial predictors of physical activity across the adult lifespan. *J Phys Act Health.* 2010; 7 (5): 584-94.
14. Milte CM, Juszcz MA, Ractliffe J, Masters S, Crotty M. Influence of health locus of control on recovery of function in recently hospitalized frail older adults. *Geriatr Gerontol Int.* 2015; 15(3): 341-9.
15. Sak J, Jarosz MJ, Wiechetek M. Poczucie odpowiedzialności za swoje zdrowie a elementy samooceny w grupie młodzieży studenckiej. *Zdr Publ.* 2009; 119(1): 46-50.
16. Kurowska K, Białasik B. Zachowania zdrowotne a radzenie sobie w chorobie u pacjentów szpitalnego oddziału ratunkowego (SOR). *Now Lek.* 2009; 78 (2): 113-22.
17. Kurowska K, Siekierska I. Akceptacja choroby a umiejscowienie kontroli zdrowia u osób po usunięciu nerki z powodu nowotworu. *Piel Chir Angiol.* 2013; (2): 65-71.
18. Basiaga-Pasterniak J, Malarz IL. Kontrola i znaczenie zdrowia w opinii pacjentów stomatologicznych. *Porad Stomatol.* 2009; 9: 258-64.
19. Kurowska K, Bystryk R. Rola wsparcia i przekonań dotyczących zdrowia w zmaganiu się z problemami wieku geriatrycznego. *Geriatrics.* 2013; 7: 5-11.
20. Cianciara D. Zdrowie – męska rzecz. [w]: Raport Siemensa 2012.