

Poczucie kontroli nad własnym zdrowiem w opinii pacjentów z chorobą niedokrwienną serca

A sense of control over one's own health in the opinion of patients with coronary heart disease

Maria Pyć¹, Urszula Pszczoła²

¹ Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji, Wydział Nauk o Człowieku, Lublin

² Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Farmed Stanisław Podgórski, Lublin

Streszczenie

Wstęp. Sprawność organizmu ludzkiego uzależniona jest od bodźców ze środowiska zewnętrznego. Zdrowie nie jest wartością stałą, niezmienną. Zdrowie fizyczne, jak i psychiczne jest stanem równowagi organizmu, zależnym od różnorodnych i zmiennych bodźców otoczenia. W najprostszym ujęciu jest rozumiane jako stan równowagi między osobą a otoczeniem. Choroby układu krążenia stanowią problem społeczny i medyczny, są znacznie rozpowszechnione i mają poważne skutki zdrowotne. Poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia należy do zasobów osobistych człowieka i ma szczególne znaczenie w przypadku pojawienia się choroby. **Cel.** Ocena poczucia kontroli nad własnym zdrowiem w opinii pacjentów z chorobą niedokrwienną serca. **Materiał i metody.** Badania przeprowadzono wśród 139 pacjentów poradni kardiologicznej NZOZ Farmed w Lublinie. Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy. Metodę zastosowaną w niniejszej pracy stanowił sondaż diagnostyczny. Narzędziem badawczym był samodzielnie opracowany kwestionariusz ankiety do oceny charakterystyki badanej grupy oraz Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC). Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic bądź zależności. **Wyniki.** Badania wykazały, że średnia wartość wewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia wynosiła 24,29 punktów i była większa niż średnia wartość (21,95 punktów) wpływu innych oraz przypadku (18,65 punktów) w grupie badanych chorych. **Wnioski.** Badani pacjenci przejawiają wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia (MHLC). Wiek oraz wykształcenie, mają istotny wpływ na umiejscowienie kontroli zdrowia (MHLC) wśród badanych pacjentów z ChNS. (Gerontol Pol 2020; 28; 92-98)

Słowa kluczowe: zdrowie, kontrola, choroba, serce

Abstract

Introduction. The efficiency of the human body depends on the stimuli from the external environment. Health is not a fixed, unchanging value. Physical and mental health is a state of balance of the body, depending on various and variable stimuli from the environment. In the simplest terms, it is understood as a state of balance between a person and the environment. Cardiovascular diseases are a social and medical problem; they are widespread and have serious health effects. The sense of locating health control belongs to human personal resources and is of particular importance in the event of the occurrence of the disease. **Objective.** Assessment of the sense of control over one's own health in the opinion of patients with ischemic heart disease. **Material and methods.** The study was conducted among 139 patients of the NZOZ Farmed cardiological outpatient clinic in Lublin. Participation in the research was voluntary and anonymous. The method used in this work was a diagnostic survey. The research tool was the self-developed questionnaire for assessing the characteristics of the studied group and the Multidimensional Scale for Locating Health Control (MHLC). The obtained test results were subjected to statistical analysis. A level of significance of $p < 0.05$ indicating the existence of statistically significant differences or dependencies was adopted. **Results.** Studies have shown that the average value of the internal location of health control was 24.29 points and was higher than the average value (21.95 points) of the impact of others and random events (18.65 points) in the group of patients studied. **Conclusions.** Patients tested exhibit an internal site of health control (MHLC). Age and education have a significant impact on the location of health control (MHLC) among the patients with PDO. (Gerontol Pol 2020; 28; 92-98)

Keywords: health, control, disease, heart

Wstęp

Sprawność organizmu ludzkiego uzależniona jest od bodźców ze środowiska zewnętrznego. Zdrowie nie jest wartością stałą, niezmienną. Zdrowie fizyczne, jak i psychiczne jest stanem równowagi organizmu, zależnym od różnorodnych i zmiennych bodźców otoczenia. W najprostszym ujęciu jest rozumiane jako stan równowagi między osobą a otoczeniem [1].

Równowagę tę łatwo zachwiać, kiedy czynniki wpływające na ustrój z zewnątrz nie odpowiadają cechom fizjologicznym i potrzebom organizmu, mają właściwości trujące, zwłaszcza gdy są zbyt silne lub zbyt długo działają [2].

Zdrowie to warunek prawidłowego funkcjonowania i satysfakcji z życia. Do obecnej chwili nie udało się opracować jego idealnej definicji, która by zadowalała wszystkich. Najbardziej znana definicja Światowej Organizacji Zdrowia mówi, że jest to: stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby czy niepełnosprawności. Definicja ta uwzględniła pozytywne rozumienie zdrowia i wskazuje na kilka jego wymiarów, powiązanych ze sobą:

- zdrowie fizyczne – czyli prawidłowe funkcjonowanie organizmu, jego poszczególnych narządów i układów;
- zdrowie psychiczne, w skład którego wchodzi:
 - zdrowie umysłowe: zdolność do jasnego i logicznego myślenia;
 - zdrowie emocjonalne: zdolność do rozpoznawania przeżywanego uczucia, adekwatnego ich wyrażania, a także umiejętność radzenia sobie ze stresem, napięciem, lękiem, depresją;
- zdrowie społeczne – zdolność do utrzymywania prawidłowych relacji interpersonalnych;
- zdrowie duchowe – u niektórych ludzi związane jest z wyznawaną religią, zaś u innych dotyczy sposobów i zasad utrzymywania wewnętrznego spokoju [3].

W koncepcji zdrowia podkreśla się, że jest to:

- wartość, która pozwala realizować jednostce lub grupie swoje aspiracje, potrzebę satysfakcji, a także czynnie zmieniać środowisko;
- zasób zapewniający rozwój społeczeństwa oraz osiągnięcie odpowiedniej jakości życia;
- środek, ale nie cel do codziennego życia;
- koncepcja, która eksponuje korzyści z „bycia zdrowym” w miejsce konsekwencji choroby.

W związku z tym można wysunąć wnioski, że zdrowie nie jest wartością stałą, więc należy je zdobywać tak, jak się zdobywa zawód, wiedzę czy dobra materialne [3].

Choroby układu krążenia stanowią problem społeczny i medyczny. Są znacznie rozpowszechnione i mają poważne skutki zdrowotne. W grupie tego rodzaju schorzeń dominują kolejno:

- miażdżycy tętnic;
- choroby niedokrwiennej serca;
- nadciśnienie tętnicze;
- wady serca;
- zapalne i zwyrodnieniowe choroby serca;
- niewydolność serca;
- zaburzenia rytmu.

Charakterystyczną cechą tych schorzeń jest często podstępny rozwój z remisją, następnie zaostrzenie objawów. Choroba wieńcowa (morbus coronarius) stanowi główną przyczynę zgonów w Polsce, jest jedną z częstszych porad lekarskich [4,5].

Przebieg choroby jest przewlekły, może wystąpić bezpośrednio zagrożenie życia, notuje się także dużą liczbę nagłych zgonów sercowych. Następstwa chorób układu krążenia upośledzają wydolność organizmu, znacznie obniżają jakość życia, są przyczyną czasowej, a niekiedy trwałej niezdolności do pracy, mogą prowadzić do inwalidztwa. Są ceną postępu cywilizacyjnego i wydłużenia życia, a za ich występowanie w krajach wysokorozwiniętych odpowiada głównie styl życia: złe odżywianie, nikotynizm, niska aktywność fizyczna, siedzący tryb pracy i wypoczynku, stres, choć bardzo trudno to jednoznacznie udowodnić [6,7].

W Polsce choroby układu krążenia to problem społeczny, a walka z nimi to nadrzędny cel Narodowego Programu Zdrowia. Poczucie umiejscowienia kontroli nad zdrowiem należy do zasobów osobistych człowieka i ma szczególne znaczenie w przypadku pojawienia się choroby. Pozwala nie tylko na modyfikację zachowań zdrowotnych, ale także na określenie źródła wpływu na stan zdrowia (wpływ własny, inni, przypadek).

Cel pracy

Celem pracy była ocena poczucia kontroli nad własnym zdrowiem w opinii pacjentów z chorobą niedokrwinną serca.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród 139 pacjentów poradni kardiologicznej NZOZ Farmed w Lublinie, w okresie od maja do października 2019 roku. Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy.

Metodę zastosowaną w niniejszej pracy stanowił sondaż diagnostyczny. Narzędziem badawczym był samo-

dzielnie opracowany kwestionariusz ankiety do oceny charakterystyki badanej grupy oraz Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (The Multidimensional Health Locus of Control Scale – MHLC), która pozwala na różnicowanie ludzi ze względu na umiejscowienie kontroli nad własnym zdrowiem. MHLC jest skalą samoopisu i narzędziem zawierającym 18 stwierdzeń, mieszczących się w trzech wymiarach kontroli nad własnym zdrowiem. Pierwszy to wymiar wewnętrzny (kontrola nad własnym zdrowiem zależy ode mnie), drugi zależny od wpływu innych osób (własne zdrowie jest wynikiem oddziaływania innych, szczególnie personelu medycznego), trzeci wymiar to przypadek- „zrządzenie losu” (o stanie zdrowia decyduje przypadek lub inne czynniki zewnętrzne).

Badany określa swój stosunek do stwierdzeń na sześciopunktowej skali i tak jeden punkt od stwierdzenia „zdecydowanie nie zgadzam się” do sześciu punktów w stwierdzeniu „zdecydowanie zgadzam się”. Otrzymane wyniki oblicza się osobno dla każdej z trzech skal sumując je. Zakres uzyskanych wyników dla każdej z skal przedstawia się w granicach 6-36 punktów. Interpretować je należy w ten sposób, że im wyższy wynik, tym silniejsze przekonanie o wpływie określonego czynnika na zdrowie [8].

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic bądź zależności.

Najbardziej liczną grupę wśród ankietowanych stanowiły kobiety 64,75% (N = 90), mężczyźni stanowili 35,25% (N = 49) badanej grupy. Wśród badanych największą grupę stanowiły osoby w wieku 51-60 lat 27,34% (N = 38), następną grupą to osoby powyżej 61 lat 25,90 (N = 36), kolejną grupą to osoby w wieku 40-50 lat 20,14 (N = 28), następnie osoby powyżej 71 lat 19,42 (N = 27), a najmniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 81 lat i powyżej 7,19 (N = 10). Wśród ankietowanych największą grupę stanowiły osoby zamężne/żonate 66,91% (N = 93), zaś ok. 1/3 badanych to osoby niezamężne/nieżonate 33,09 % (N = 46). Podział ankietowanych ze względu na miejsce zamieszkania wskazuje, że największą grupę stanowiły osoby pochodzące z miasta wojewódzkiego 63,31% (N = 88), drugą grupę stanowiły osoby pochodzące ze wsi 20,14% (N = 28), na trzecim miejscu plasują się osoby pochodzące z miasta powiatowego 16,55% (N = 23). Wśród badanych osób największą grupę stanowiły osoby z wykształceniem średnim 43,88% (N = 61), kolejną grupą to osoby z wykształceniem wyższym 28,78% (N = 40), badanych z wykształceniem zasadniczym zawodowym było 17,99% (N = 25), a z podstawowym 9,35% (N = 13) (Tabela I).

Tabela I. Charakterystyka badanej grupy

Table I. Characteristics of the studied group

Dane socjodemograficzne		N	%
Płeć	Kobieta	90	64,75
	Mężczyzna	49	35,25
	Ogółem	139	100,00
Wiek	40–50 lat	28	20,14
	51–60 lat	38	27,34
	61–70 lat	36	25,90
	71–80 lat	27	19,4246
	81 lat i powyżej	10	7,19
	Ogółem	139	100,00
Stan cywilny	Zamężna / żonaty	93	66,91
	Niezamężna / nieżonaty	46	33,09
	Ogółem	139	100,00
Miejsce zamieszkania	Miasto wojewódzkie	88	63,31
	Miasto powiatowe	23	16,55
	Wieś	28	20,14
	Ogółem	139	100,00
Wykształcenie	Podstawowe	13	9,35
	Zasadnicze zawodowe	25	17,99
	Średnie	61	43,88
	Wyższe	40	28,78
	Ogółem	139	100,00

Wyniki

Badania wykazały, że średnia wartość wewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia wynosiła 24,29 punktów i była większa aniżeli średnia wartość (21,95 punktów) wpływu innych oraz przypadku (18,65 punktów) w grupie badanych chorych (Tabela II).

Tabela II. Średnie wyniki oceny skali MHLC w badanej grupie

Table II. Average results of MHLC scale assessment in the study group

Wymiar – kontrola	Średnia	Mediana	Odch. std
Wewnętrzna	24,29	25,0	5,33
Wpływ innych	21,95	22,0	6,44
Przypadek	18,65	19,0	5,84

Średnia wartość wewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia w badanej grupie płci męskiej wynosiła 25,14 punktów i była mniejsza od wynoszącej 25,38 punktów w grupie badanych płci żeńskiej. Z kolei wartość średnia wpływu innych wynosiła 21,88 punktów w badanej grupie płci żeńskiej i była większa od wynoszącej 22,08 punktów w grupie badanych płci męskiej. Natomiast średnia wartość wymiaru umiejscowienia kontroli zdrowia, jakim jest przypadek, była większa (18,68 punktów) w grupie badanych płci żeńskiej aniżeli średnia wartość (18,61 punktów) w grupie płci męskiej. W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie w poszczególnych wymiarach kontroli zdrowia ($p > 0,05$). Badania wykazały, że płeć nie warunkowała umiejscowienia kontroli zdrowia w żadnym z trzech wymiarów (Tabela III).

Tabela III. Umiejscowienie kontroli zdrowia a płeć

Table III. Location of health control and gender

Wymiar – kontrola	Kobiety		Mężczyźni		t	p
	M	SD	M	SD		
Wewnętrzna	24,38	5,27	24,14	5,51	0,247	0,805
Wpływ innych	21,88	6,68	22,08	6,04	-0,178	0,859
Przypadek	18,68	5,87	18,61	5,87	0,063	0,950

Tabela IV. Umiejscowienie kontroli zdrowia a wiek

Table IV. Location of health control and age

Wymiar – kontrola	I. 40–50 lat		II. 51–60 lat		III. 61–70 lat		IV. 71 lat i powyżej		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
	Wewnętrzna	25,32	6,16	23,11	5,19	23,47	5,03	25,54		
Wpływ innych	21,14	5,45	19,18	6,37	22,83	6,70	24,54	5,94	5,119	0,002 II<IV
Przypadek	17,14	6,48	18,84	5,38	18,25	5,83	20,00	5,73	1,359	0,258

Średnia wartość wewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia w grupie badanych chorych w wieku 40-50 lat wynosiła 25,32 punktów, w grupie badanych w wieku 51-60 lat – 23,11 punktów, z kolei w wieku 71 lat i powyżej – 25,54 punkty. Natomiast średnia wartość wymiaru umiejscowienia kontroli zdrowia, jakim jest przypadek, była większa (20,00 punktów) w grupie badanych w wieku 71 lat i powyżej aniżeli wśród badanych w wieku 40-50 lat (17,14 punktów), oraz wśród pozostałych badanych. Różnice te nie były istotnie statystyczne ($p > 0,05$).

Z kolei wartość średnia wpływu innych wynosiła 19,18 punktów w grupie badanych w wieku 51-60 lat, oraz 24,54 punktów w grupie badanych w wieku 71 lat i powyżej. Stwierdzone różnice były istotne statystycznie. Badania wykazały, że wiek warunkował umiejscowienie kontroli zdrowia jedynie w wymiarze wpływu innych (Tabela IV).

Średnia wartość wewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia w grupie badanych zamężnych wynosiła 24,66 punktów, zaś w grupie badanych niezamężnych – 23,57 punkty. Z kolei wartość średnia wpływu innych wynosiła 22,25 punkty w grupie badanych zamężnych, oraz 21,35 punktów w grupie badanych niezamężnych. Natomiast średnia wartość wymiaru umiejscowienia kontroli zdrowia, jakim jest przypadek, była większa (18,95 punktów) w grupie badanych zamężnych aniżeli wśród badanych niezamężnych (18,07 punktów). Różnice te nie były istotnie statystyczne ($p > 0,05$). Badania wykazały, że stan cywilny nie warunkował umiejscowienia kontroli zdrowia w żadnym z trzech wymiarów (Tabela V).

Przeprowadzone badania wykazały, że miejsce zamieszkania nie warunkowało umiejscowienia kontroli zdrowia w żadnym z trzech wymiarów ($p > 0,05$) (Tabela VI).

Z analizy przeprowadzonych badań wynika, że średnia wartość wewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia w grupie badanych z wykształceniem podstawowym/zawodowym wynosiła 22,34 punkty i była istotnie mniejsza od wynoszącej 26,30 punktów wśród badanych z wykształceniem wyższym ($p = 0,004$). Z kolei wartość średnia wpływu innych wynosiła 21,58 punktów w grupie badanych z wykształceniem podstawowym/zawodowym, 22,39 punktów wśród badanych z wykształceniem średnim oraz 21,63 punkty w grupie badanych z wykształceniem wyższym. Natomiast średnia wartość wymiaru umiejscowienia kontroli zdrowia, jakim jest przypadek, była większa (19,52 punkty) w grupie badanych z wykształceniem średnim aniżeli wśród badanych (18,71 punktów) podstawowym/zawodowym, oraz wśród badanych z wykształceniem wyższym (17,28 punktów). Różnice te nie osiągnęły istotności statystycznej ($p > 0,05$) (Tabela VII).

Dyskusja

Teoria poczucia umiejscowienia kontroli sformułowana została przez J. Rottera. Umiejscowienie kontroli zdrowia wskazuje na przekonanie jednostki dotyczącej własnych możliwości w celu potęgowania lub poprawy zdrowia albo uzależnienia zdrowia od wpływu innych bądź przypadku, i jest cechą względnie stałą [8,9].

Z badań Kurpas i wsp. [10] przeprowadzonych w grupie 150 pacjentów ze schorzeniami przewlekłymi wynika, że u osób z cukrzycą dominuje zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia, zaś wśród chorych z zaburzeniami układu krążenia oraz nerwowego – wewnętrzna kontrola zdrowia, co zdaniem autorów ma związek z większą autodyscypliną oraz podejmowaniem działań prozdrowotnych.

Badania Kulig [11], przeprowadzone wśród pacjentów z rozpoznaniem choroby afektywnej dwubiegunowej wskazują, że na stan zdrowia jednostki główny wpływ wywierają inne osoby. Mniejszą rolę przypisują własnym zachowaniom oraz przypadkowi, czy innym czynnikom zewnętrznym. Wyniki badań autorki wykazały istotny, pozytywny, związek pomiędzy wpływem innych a wiekiem badanych. Z kolei wpływ przypadku istotnie ujemnie korelował z wiekiem zachorowania.

Tabela V. Umiejscowienie kontroli zdrowia a stan cywilny

Table V. Location of health control and marital status

Wymiar – kontrola	Zamężna / żonaty		Niezamężna / nieżonaty		t	p
	M	SD	M	SD		
Wewnętrzna	24,66	5,32	23,57	5,35	1,135	0,258
Wpływ innych	22,25	6,87	21,35	5,50	0,773	0,441
Przypadek	18,95	6,05	18,07	5,41	0,835	0,405

Tabela VI. Umiejscowienie kontroli zdrowia a miejsce zamieszkania

Table VI. Location of health control and place of residence

Wymiar – kontrola	I. Miasto wojewódzkie		II. Miasto powiatowe		III. Wieś		H	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
Wewnętrzna	24,72	5,52	24,04	5,09	23,18	4,93	1,613	0,446
Wpływ innych	22,61	6,35	20,43	7,18	21,11	6,00	2,900	0,235
Przypadek	18,64	5,69	19,70	5,36	17,86	6,72	1,673	0,433

Tabela VII. Umiejscowienie kontroli zdrowia a wykształcenie

Table VII. Location of health control and education

Wymiar – kontrola	I. Podstawowe / zasadnicze zawodowe		II. Średnie		III. Wyższe		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
Wewnętrzna	22,34	4,73	24,20	5,37	26,30	5,22	5,753	0,004 I<III
Wpływ innych	21,58	6,08	22,39	6,98	21,63	6,03	0,256	0,775
Przypadek	18,71	5,36	19,52	5,71	17,28	6,36	1,813	0,167

Kurowska i Krakowiecka [12] przeprowadziły badania, z których wynika, że osoby po przebytych udarach mózgu otrzymały najwyższe wartości punktowe w wymiarze kontroli wpływu innych, natomiast najniższe w wymiarze przypadku. Badania ankietowanych w zależności od płci wykazały, że mężczyźni prezentowali wyższą wewnętrzną kontrolę zdrowia aniżeli kobiety. Zależność ta była istotna statystycznie. Badania Pilewskiej-Kozak i wsp. [13] wykazały, że w grupie starzejących się mężczyzn najczęściej występuje wewnętrzna kontrola zdrowia, przy czym jej wymiar zależy od ich wieku.

Z kolei, z analizy badań Puto i wsp. [14], przeprowadzonych w grupie 150 pacjentów powyżej 60 roku życia wynika, że średnia wartość skali MHLC w zakresie wpływu innych była istotnie statystycznie większa aniżeli średnia wartość umiejscowienia kontroli zdrowia w odniesieniu do przypadku czy kontroli wewnętrznej. Podobne wartości uzyskano dla kobiet i mężczyzn, jeśli chodzi o wpływ innych osób. Natomiast mężczyźni byli bardziej przekonani, że mogą kontrolować swój stan zdrowia, lub że ich stan zdrowia zależy od przypadku.

Badania Rideout i wsp. [15] wykazały, że pacjenci poddawani operacji pomostowania tętnic wieńcowych przejawiali znaczące wahania w umiejscowieniu kontroli zdrowia w okresie okołoperacyjnym i rehabilitacyjnym. Zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia stało się dominujące w okresie okołoperacyjnym zaś wewnętrzne umiejscowienie kontroli w okresie rehabilitacji. Autorzy zauważają, że fakt ten może mieć szczególne znaczenie w zindywidualizowanej ocenie pacjenta oraz w planowaniu porad profilaktycznych dla pacjenta.

W badaniach własnych zaobserwowano istotne statystycznie, słabe korelacje pomiędzy dwoma czynnikami socjodemograficznymi (miejsce zamieszkania i stan cywilny) a wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia. Silniejsze przekonanie o wewnętrznej kontro-

li zdrowia korelowało z wyższym wykształceniem., zaś o wpływie innych z wiekiem powyżej 71 lat. Ponadto badania własne wykazały, że płeć nie warunkowała umiejscowienia kontroli zdrowia w żadnym z trzech wymiarów.

Umiejscowienie kontroli zdrowia ma wpływ na podejmowane przez jednostkę działania prozdrowotne. Osoby, które cechuje wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia posiadają większe poczucie odpowiedzialności za własne zdrowie oraz są bardziej niezależne w podejmowaniu prozdrowotnych decyzji mających wpływ na jego utrzymanie lub poprawę [16,17]. Zdaniem niektórych autorów, osoby odpowiedzialne za ochronę zdrowia powinny projektować programy zdrowotne biorąc pod uwagę umiejscowienie i rolę kontroli zdrowia w nabywaniu i utrwalaniu prawidłowych zachowań zdrowotnych [18].

Wnioski

1. Badani pacjenci przejawiają wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia.
2. Wiek oraz wykształcenie, mają istotny wpływ na umiejscowienie kontroli zdrowia wśród badanych pacjentów z chorobą niedokrwinną serca.
3. Osoby w wieku 51-60 lat istotnie rzadziej uważają, że ich zdrowie zależy od „wpływu innych” aniżeli w wieku 71 lat i więcej.
4. Pacjenci z wykształceniem wyższym istotnie częściej uważają, że ich zdrowie zależy od nich samych aniżeli chorzy z wykształceniem podstawowym/zawodowym.

Źródło finansowania / Source of funding

Środki własne / Own resource

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/Non

Piśmiennictwo/References

1. Kubacka-Jasiecka D, Ostrowski TM. Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2005.
2. Roik J. Choroby cywilizacyjne. Internetowe Wydawnictwo Złote Myśli 2008;1(3):8.
3. Borzucka-Sitkiewicz K. Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna. Kraków: Oficyna Wydawnicza "Impuls"; 2006:7-8.
4. Kowalik E. Specyfika chorób kardiologicznych- różnorodność przyczyn, objawów i metod leczenia. W: Więckowska B (red.). Proces leczenia w Polsce – analizy i modele. Warszawa: Wydawnictwo Ministerstwo Zdrowia; 2015:19.
5. Galler K. Choroby serca i układu krążenia. Wrocław: Med. Pharm Polska; 2011:89.
6. Gąsior M, Hawranek M, Poloński L. Podręcznik kardiologii. Lekarze i studenci dla studentów i lekarzy. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2008:48.

7. Frycz-Kurek M, Buchta P, Szkodziński J. Stabilna choroba wieńcowa-epidemiologia, diagnostyka, wybór postępowania. *Chor Serca Naczyń*. 2008;3:125-34.
8. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2001:123-127.
9. Juczyński Z. Psychologiczne wyznaczniki zachowań zdrowotnych na przykładzie badań osób dorosłych. W: Łazowski J, Dolińska-Zygmunt G (red.). *Ku lepszemu funkcjonowaniu w zdrowiu i chorobie*. Wrocław: Wydawnictwo AWF; 1997:285-291.
10. Kurpas D, Kusz J, Jedynek T i wsp. Umiejscowienie kontroli zdrowia u osób ze schorzeniami przewlekłymi. *Fam Med Prim Care Rev*. 2012;14(2):186-8.
11. Kulig B. Umiejscowienie kontroli zdrowia a wiedza o chorobie i percepcja czynników sprzyjających zdrowieniu u pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową. *Post Psych Neurol*. 2013;22(4):243-9.
12. Kurowska K, Krakowiecka K. Zachowania zdrowotne a umiejscowienie kontroli zdrowia u osób po przebytych udarze mózgu. *Geriatrics*. 2014;8:13-21.
13. Pilewska-Kozak A, Pałucka K, Łepecka-Klusek C i wsp. Umiejscowienie kontroli zdrowia w grupie starzejących się mężczyzn – doniesienie wstępne. *Gerontol Pol*. 2016;24:45-50.
14. Puto G, Ścisło L, Walewska E i wsp. Umiejscowienie kontroli zdrowia wśród osób starszych z zespołem kruchości. *Gerontol Pol*. 2019;27:112-8.
15. Rideout A, Tolmie E, Lindsay G. Health locus of control in patients undergoing coronary artery surgery – changes and associated outcomes: a seven-year cohort study. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2017;16,1:46-56.
16. Kościelak R. *Poczucie umiejscowienia kontroli i przekonanie o własnej skuteczności w zdrowiu i chorobie*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls; 2010.
17. Nowicki G, Ślusarska B, Zboina B i wsp. Poczucie własnej skuteczności i umiejscowienie kontroli jako zasoby determinujące podejmowanie zachowań związanych ze zdrowiem. *Acta Sci Acad Ostroviensis. Sectio A*. 2017;10(2):18-37.
18. Pourhoseinzadeh M, Gheibizadeh M, Moradikalboland M, et al. The relationship between health locus of control and health behaviors in emergency medicine personnel. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2017;5(4):397-407.