

## ZACHOWANIA ZDROWOTNE A UMIEJSCOWIENIE KONTROLI ZDROWIA U OSÓB Z ROZPOZNANIEM KAMICY ŻÓŁCIEWEJ

### Health behaviors versus health locus of control in people diagnosed with cholelithiasis



Krystyna Kurowska, Olga Różańska

Zakład Teorii Pielęgniarstwa, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2014; 1: 35–40

Praca wptynęła: 20.09.2013, przyjęto do druku: 28.11.2013

Adres do korespondencji:

dr n. med. Krystyna Kurowska, Zakład Teorii Pielęgniarstwa, *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera, ul. Techników 3, 85-801 Bydgoszcz, tel. +48 52 585 21 94, e-mail: krystyna\_kurowska@op.pl

#### Streszczenie

**Wstęp:** Kamica żółciowa jest schorzeniem w dużej mierze zależnym od zachowań zdrowotnych. Odpowiednia dieta i aktywność fizyczna pozwalają w znacznym zakresie uchronić się przed tym schorzeniem. Skuteczność w przestrzeganiu zaleceń dotyczących zachowań zdrowotnych zależy od własnego przekonania o umiejscowieniu kontroli zdrowia każdego człowieka.

**Cel pracy:** Ukazanie zależności pomiędzy preferowanymi zachowaniami zdrowotnymi a umiejscowieniem kontroli zdrowia u pacjentów z rozpoznaną kamicą żółciową, jako wykładnika w utrzymaniu optymalnego stanu zdrowia.

**Materiał i metody:** Przebadano 100 osób z rozpoznaniem kamicy żółciowej leczonych na oddziale chirurgii w Państwowym Centrum Zdrowia w Żninie.

Zachowania zdrowotne określono za pomocą *Inwentarza zachowań zdrowotnych* autorstwa Juczyńskiego, a umiejscowienie kontroli zdrowia oceniono z użyciem kwestionariusza MHLC w wersji B, w adaptacji Juczyńskiego.

**Wyniki:** Osoby z rozpoznaniem kamicy żółciowej prezentowały wysoki poziom zachowań zdrowotnych. Cechowało ich wysokie nastawienie psychiczne i duży poziom zachowań profilaktycznych, przy przeciętnym poziomie praktyk zdrowotnych i niskim praktyk żywieniowych. Najwyższe wartości punktowe otrzymali w wymiarze kontroli wewnętrznej, a najniższe w wymiarze przypadku. 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 badani o niskich wynikach w kontroli zdrowia wymiaru przypadku.

**Wnioski:** Otrzymane wyniki dotyczące zachowań zdrowotnych i umiejscowienia kontroli zdrowia mogą się stać dodatkowym elementem, ważnym w planowaniu psychoedukacji pacjentów, co wpłynie na podwyższenie poziomu wiedzy i wsparcia pacjenta w dbaniu o własne zdrowie.

**Słowa kluczowe:** zachowania zdrowotne, umiejscowienie kontroli zdrowia, kamica żółciowa.

#### Summary

**Background:** Cholelithiasis is a disease largely related to people's health behaviors. Proper diet and physical activity help to protect oneself from the disease. The effectiveness in obeying the recommendations regarding health behaviors depends on personal beliefs about health locus of control.

**Aim of the study:** to present the relation between preferred health behaviors and health locus of control in patients diagnosed with cholelithiasis, as a determinant of maintaining optimal health.

**Material and methods:** The study group consisted of 100 patients suffering from cholelithiasis treated in the Paluckie Health Center in Żnin, the surgery ward.

Health behaviors were determined using Health Behaviors Inventory by Juczynski and health locus of control was assessed using MHLC questionnaire version B in Juczynski's adaptation.

**Results:** People diagnosed with cholelithiasis presented a high level of health behaviors. They were characterized by a high level of mental attitude and prophylactic behaviors along with an average level of health practices and a low level of eating habits. Examined patients gained their highest results in the internal locus of control and the lowest in the chance dimension. Patients with high results in internal and powerful others dimensions achieved better results regarding proper eating habits, prophylactic practices and positive mental attitude, whereas patients presenting low results in the chance locus of control had better results concerning health practices.

**Conclusions:** Obtained results may become a significant element in planning education for the patients. It may also help to increase the level of knowledge and support patients in taking care of their own health.

**Key words:** health locus of control, cholelithiasis, health behaviors.

## Wstęp

Kamica żółciowa pęcherzyka żółciowego jest zaliczana do schorzeń cywilizacyjnych, w znacznym stopniu zależnych od naszych zachowań zdrowotnych [1]. Odpowiednia dieta, z ograniczeniem tłuszczów zwierzęcych na rzecz warzyw i owoców, utrzymywanie prawidłowej masy ciała, regularna aktywność fizyczna oraz unikanie alkoholu pozwalają uchronić się przed tym schorzeniem [2]. Kamica żółciowa jest chorobą uleczalną, zabieg chirurgiczny polega na usunięciu pęcherzyka żółciowego wraz ze zgromadzonymi złożami [2]. To, czy i w jakim stopniu pacjent będzie stosował się do zaleceń dotyczących zachowań zdrowotnych oraz innych warunków leczenia, zależy od jego umiejscowienia kontroli zdrowia. Pacjenci prezentujący wewnętrzny wymiar kontroli zdrowia uważają, że odpowiedzialność za swoje zdrowie ponoszą tylko oni. Ludzie cechujący się zewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia odpowiedzialnością za stan swojego zdrowia obarczają czynniki zewnętrzne. Istnieje również grupa pacjentów, która uważa, że to przypadek odgrywa kluczową rolę w ich stanie zdrowia [3]. Celem pracy było ukazanie zależności pomiędzy preferowanymi zachowaniami zdrowotnymi a umiejscowieniem kontroli zdrowia u pacjentów z rozpoznaną kamicią żółciową, jako wykładnika w utrzymaniu optymalnego stanu zdrowia.

## Materiał i metody

Zaprezentowane badania stanowią wycinek realizacji szerszego projektu analizy jakości życia osób z chorobami układu pokarmowego. Badania przeprowadzono od lipca 2011 r. do czerwca 2012 r. w grupie 100 pacjentów z rozpoznaniem kamicy pęcherzyka żółciowego, przebywających w Pałuckim Centrum Zdrowia w Żninie na Oddziale Chirurgii, za zgodą komisji bioetycznej *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (KB/377/2011). W przeprowadzonych badaniach wykorzystano *Inwentarz zachowań zdrowotnych* (IZZ) autorstwa Zygryda Luczyńskiego, Kwestionariusz MHLC – wersję B autorstwa A. Wallston i R. De Vellis w adaptacji Luczyńskiego oraz ankietę konstrukcji własnej, odnoszącą się do różnych aspektów naszego życia (dane demograficzne i związane ze schorzeniem). *Inwentarz zachowań zdrowotnych* zbudowany jest z 24 stwierdzeń opisujących 4 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 [3].

Kwestionariusz MHLC to *Wielowymiarowa skala umiejscowienia kontroli zdrowia*. Skala MHLC zawiera 18 stwierdzeń i ujmuje przekonania dotyczące zgeneralizowanych oczekiwań w trzech wymiarach umiejscowienia kontroli zdrowia: wewnętrzne – kontrola nad własnym zdrowiem zależy ode mnie; wpływ innych – własne zdrowie jest wynikiem oddziaływania innych, zwłaszcza personelu medycznego; przypadek – o stanie zdrowia decyduje przypadek lub inne czynniki zewnętrzne. Zakres wyników dla każdej ze skal obejmuje przedział 6–36 punktów. Im wyższy wynik, tym silniejsze przekonanie, że dany czynnik ma wpływ na stan zdrowia. W interpretacji należy uzyskane wyniki badania porównać z wynikami średnimi próby normalizacyjnej [3]. 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 użyciu pakietu statystycznego STATISTICA 10.

## Wyniki

Analiza danych pokazuje, że kobiety stanowiły większość badanych (64%). Średnia wieku wynosiła niewiele ponad 50 lat (22–78 lat). Najwięcej respondentów było w wieku 51–60 lat (24,0%), najmniej miało 61–70 lat (11,3%). Większość miała wykształcenie wyższe (56%) i średnie (34%), pozostawała w związku małżeńskim (88%), mieszkała w mieście (66%) z rodziną (77%), posiadała potomstwo (90%).

Analizując wskaźnik zachowań zdrowotnych (tab. 1.), wykazano, że badani jako grupa prezentują przeciętny poziom prawidłowych nawyków żywieniowych. Średnia (19,84 pkt) stanowi 66,1% możliwych do zdobycia punktów. Odchylenie standardowe wynosi ponad 18% średniej, co świadczy o znacznym zróżnicowaniu wyników. Najwyżej oceniono spożywanie pieczywa pełnoziarnistego (3,56) oraz dbałość o prawidłowe odżywianie (3,42), najniżej z kolei unikanie soli i silnie solonej żywności (3,16) oraz ograniczenie spożywania tłuszczów zwierzęcych i cukru (3,02). Praktyki żywieniowe zostały ocenione najniżej. Jako grupa prezentują wysoki poziom zachowań profilaktycznych. Średnia wartość punktowa wyniosła 22,42 pkt (74,7%). Odchylenie standardowe stanowi niewiele ponad 13% średniej, co świadczy o przeciętnym zróżnicowaniu wyników. Najwyżej oceniono zanotowanie numerów telefonów służb pogotowia (4,06) i przestrzeganie zaleceń lekarskich wynikających z uzyskanych badań (3,98), najniżej zdobywanie wiedzy, jak inni unikają chorób (3,48), oraz unikanie przeziębień (3,20). Badani uzyskali wysoki poziom pozytywnego nastawienia psychicznego. Średnia wynosiła 23,18 pkt,

Tabela 1. Średnie wartości punktowe zachowań zdrowotnych

Pozycja	Zachowania zdrowotne	Prawidłowe nawyki żywieniowe (PN)	Zachowania profilaktyczne (ZP)	Pozytywne nastawienie psychiczne (PN)	Praktyki zdrowotne (PZ)
N	100	100	100	100	100
średnia	87,40	19,84	22,42	23,18	21,96
odchylenie standardowe	10,1762	3,6865	2,9820	2,7243	2,4615
ufność -95%	85,38	19,11	21,83	22,64	21,47
ufność +95%	89,42	20,57	23,01	23,72	22,45
mediana	89,5	20,0	22,0	24,0	22,0
minimum	71,0	15,0	17,0	18,0	16,0
dolny kwartyl	80,0	17,0	21,0	21,0	20,0
górnny kwartyl	92,0	21,0	25,0	25,0	24,0
maksimum	110,0	29,0	29,0	28,0	26,0

co stanowiło 77,3% możliwych do zdobycia punktów. Odchylenie standardowe wyniosło niewiele ponad 11% wartości średniej, co świadczy o przeciętnym zróżnicowaniu wyników. Najwyżej oceniono posiadanie przyjaciół i uregulowane życie rodzinne (4,54) oraz pozytywne myślenie (4,22), najniżej unikanie zbyt silnych emocji, stresów i napięć (3,54) oraz unikanie takich uczuć, jak gniew, lęk i depresja (3,32). Pozytywne nastawienie psychiczne zostało ocenione najwyżej przez respondentów. Badani prezentują przeciętny poziom praktyk zdrowotnych. Średnia wyniosła 21,96 pkt, czyli 73,2% możliwych do zdobycia punktów. Odchylenie standardowe wyniosło niewiele ponad 11% średniej, co świadczy o przeciętnym zróżnicowaniu wyników. Najwyżej ze wszystkich pozycji oceniono wystarczającą długość snu (3,78) oraz ograniczenie palenia tytoniu (4,64), najniżej natomiast wystarczającą ilość odpoczynku (3,28) oraz kontrolowanie masy ciała (3,28). Jako grupa badani prezentują wysoki poziom zachowań zdrowotnych, na granicy wyników przeciętnych (87,40 pkt).

Ze wszystkich wymiarów umiejscowienia kontroli zdrowia najwyższe wartości punktowe otrzymano w wy-

miarze kontroli wewnętrznej (27,28 pkt), najniższe w wymiarze przypadku (27,15 pkt). Rozkład tabeli 2. ujawnia, że największą liczbę wyników wysokich otrzymano w wymiarze przypadku (60%), a najmniejszą w kontroli wpływu innych (50%). Oceniając umiejscowienie kontroli zdrowia, dokonano analizy porównawczej ze względu na wcześniej wytypowane zmienne socjodemograficzne: płeć, grupy wiekowe, wykształcenie, posiadanie dzieci, miejsce zamieszkania, masa ciała, ocena stanu zdrowia i choroba w rodzinie. Większą przewagę wyników wysokich wymiaru wewnętrznego odnotowano wśród mężczyzn (44,4%), natomiast przewagę wyników wysokich wymiaru wpływu innych wśród kobiet (53,1%). Zdecydowanie większą przewagę wyników wysokich w wymiarze przypadku odnotowano u kobiet (56,3%). W kontroli wewnętrznej wyższe wyniki zaobserwowano u mężczyzn. Wyniki uzyskane przez mężczyzn w badanej grupie są wyższe niż mężczyzn z grupy normalizacyjnej (tab. 3.) – różnica rzędu 2,71 pkt. Z kolei w przypadku kobiet w porównaniu z grupą normalizacyjną są nieznacznie wyższe – różnica rzędu 0,89 pkt. W wymiarze wpływu innych wyższe były

Tabela 2. Wyniki umiejscowienia kontroli zdrowia

Kontrola	Wewnętrzna		Wpływ innych		Przypadek	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%
wyniki						
niskie	46	46	50	50	40	40
wysokie	54	54	50	50	60	60

  

średnia	Wewnętrzna			Wpływ innych			Przypadek		
	SD	mediana	średnia	SD	mediana	średnia	SD	mediana	
27,28	2,582	28,0	25,80	3,133	25,5	23,06	4,214	23,0	

Tabela 3. Wyniki normalizacyjne ze względu na płeć

Grupa	Płeć	N	Kontrola wewnętrzna		Wpływ innych		Przypadek	
			średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD
analizowana	kobieta	64	27,22	2,5038	26,00	3,6688	23,69	5,0737
	mężczyzna	36	27,39	2,7493	25,44	1,8275	21,94	1,3721
normalizacyjna	kobieta	310	26,33	5,31	21,06	5,16	19,81	4,56
	mężczyzna	456	24,68	5,64	22,77	5,36	21,48	5,00

wyniki kobiet. Wyniki kobiet były również znacząco wyższe w porównaniu z grupą normalizacyjną, średnio o 4,94 pkt. Wyniki uzyskane przez mężczyzn również były wyższe niż wyniki normalizacyjne, średnio o 2,67 pkt. W wymiarze przypadku nieznacznie wyższe wyniki odnotowano u kobiet. W porównaniu z grupą normalizacyjną były one znacznie wyższe, średnio o 3,88 pkt. Również wyniki mężczyzn były wyższe niż wyniki normalizacyjne, jednak nieznacznie, średnio o 0,46 pkt. Najwięcej wyników wysokich uzyskano w grupie wiekowej 51–60 lat (100%), dalej 61–70 lat (50%) i 41–50 lat (47,1%). Najmniej wyników wysokich odnotowano wśród badanych w wieku do 30 lat (20%) i powyżej 70 lat (28,6%). Najwięcej wyników wysokich uzyskano w grupie wiekowej 31–40 lat (61,5%), dalej 41–50 lat (47,1%) i 51–60 lat (41,7%). Najmniej wyników wysokich odnotowano wśród badanych w wieku 61–70 lat (33,3%) i powyżej 70 lat, gdzie wszyscy uzyskali wyniki niskie. Większą przewagę wyników wysokich wymiaru wpływu innych odnotowano wśród badanych posiadających dzieci (53,3%). Największą liczbę wyników wysokich wymiaru wewnętrznego odnotowano wśród mieszkańców wsi (61,5%). Wśród mieszkańców miasta powyżej 100 tys. mieszkańców nikt nie uzyskał wyniku wysokiego. Największą liczbę wyników wysokich wymiaru wpływu innych odnotowano wśród mieszkańców wsi (76,9%), najniższą wśród mieszkańców miasta powyżej 100 tys. mieszkańców (25%). Największą liczbę wyników wysokich wymiaru przypadku odnotowano wśród mieszkańców wsi (84,6%), najniższą wśród mieszkańców miasta do 100 tys. mieszkańców. Największą liczbę wyników wysokich wymiaru wpływu innych odnotowano wśród badanych o masie ciała

w normie (80%), najniższą o masie ciała niewiele powyżej normy (40%). Więcej wyników wysokich wymiaru wpływu innych stwierdzono wśród badanych, u których w rodzinie nie występowała kamica żółciowa (83,3%).

Dalszym krokiem było zbadanie korelacji wymiaru wewnętrznego w kontroli zdrowia z wynikami zachowań zdrowotnych (tab. 4.). Wymiar wewnętrzny kontroli zdrowia pozostawał w istotnej średniej korelacji z zachowaniami zdrowotnymi, prawidłowymi nawykami żywieniowymi, zachowaniami profilaktycznymi i pozytywnym nastawieniem psychicznym. Wyższe wyniki zachowań zdrowotnych prezentują badani uzyskujący wyniki wysokie w wymiarze wewnętrznym kontroli zdrowia. Wyższe wyniki zarówno prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, jak i pozytywnego nastawienia psychicznego prezentują badani uzyskujący wysokie wyniki w kontroli zdrowia wymiaru wewnętrznego. Wyniki praktyk zdrowotnych były na podobnym poziomie. Kontrola zdrowia wymiaru wpływu innych pozostawała w istotnej średniej korelacji z zachowaniami zdrowotnymi, prawidłowymi nawykami żywieniowymi, zachowaniami profilaktycznymi i pozytywnym nastawieniem psychicznym, natomiast w niskiej korelacji z praktykami zdrowotnymi (tab. 5.). Wyższe wyniki zachowań zdrowotnych prezentują badani uzyskujący wyniki wysokie w wymiarze wpływu innych kontroli zdrowia. Wysokie wyniki zarówno prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych i pozytywnego nastawienia psychicznego, jak i praktyk zdrowotnych prezentują badani uzyskujący wysokie wyniki w kontroli zdrowia wymiaru wpływu innych. Wymiar przypadku kontroli zdrowia nie pozostawał w istotnej korelacji z zachowaniami zdrowot-

Tabela 4. Korelacje wymiaru wewnętrznego w kontroli zdrowia i wyników zachowań zdrowotnych

Pozycja	N	R	t(N-2)	p
kontrola wewnętrzna i zachowania zdrowotne	100	0,3975	4,2887	0,0000
kontrola wewnętrzna i prawidłowe nawyki żywieniowe	100	0,3124	3,2557	0,0016
kontrola wewnętrzna i zachowania profilaktyczne	100	0,3101	3,2293	0,0017
kontrola wewnętrzna i pozytywne nastawienie psychiczne	100	0,3637	3,8656	0,0002
kontrola wewnętrzna i praktyki zdrowotne	100	0,0722	0,7170	0,4751

**Tabela 5.** Korelacje wymiaru wpływu innych w kontroli zdrowia i wyników zachowań zdrowotnych

Pozycja	N	R	t(N-2)	p
wpływ innych i zachowania zdrowotne	100	0,3621	3,8451	0,0002
wpływ innych i prawidłowe nawyki żywieniowe	100	0,5265	6,1312	0,0000
wpływ innych i zachowania profilaktyczne	100	0,3405	3,5845	0,0005
wpływ innych i pozytywne nastawienie psychiczne	100	0,4969	5,6677	0,0000
wpływ innych i praktyki zdrowotne	100	0,2707	2,7836	0,0065

**Tabela 6.** Korelacje wymiaru przypadku w kontroli zdrowia i wyników zachowań zdrowotnych

Pozycja	N	R	t(N-2)	p
przypadek i prawidłowe nawyki żywieniowe	100	0,1548	1,5508	0,1242
przypadek i zachowania profilaktyczne	100	-0,1362	-1,3612	0,1766
przypadek i pozytywne nastawienie psychiczne	100	0,0316	0,3133	0,7547
przypadek i praktyki zdrowotne	100	-0,1430	-1,4307	0,1557
przypadek i zachowania zdrowotne	100	0,0123	0,1216	0,9035

nymi (tab. 6.). Niewiele wyższe wyniki zachowań zdrowotnych prezentują badani uzyskujący niskie wyniki w wymiarze przypadku kontroli zdrowia. Nieznacznie wyższe wyniki prawidłowych nawyków żywieniowych i pozytywnego nastawienia psychicznego prezentują badani uzyskujący wysokie wyniki w kontroli zdrowia wymiaru przypadku. Wyższe wyniki w zachowaniach profilaktycznych i praktykach zdrowotnych prezentują badani o niskich wynikach w kontroli zdrowia wymiaru przypadku. Właśnie dzięki tym zachowaniom profilaktycznym i praktykom zdrowotnym badani o niskich wynikach kontroli zdrowia wymiaru przypadku uzyskali wyższe wyniki zachowań zdrowotnych.

## Dyskusja

Kamica żółciowa jest chorobą pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych, polegającą na odkładaniu się złogów o różnej budowie. W skład kamieni żółciowych wchodzi najczęściej cholesterol, wapń i bilirubina. Do czynników usposabiających do powstawania kamieni żółciowych należą przede wszystkim zakażenia dróg żółciowych oraz zastój lub zwolniony odpływ żółci z tych przewodów. Nie bez znaczenia pozostają czynniki o uwarunkowaniu genetycznym. Częściej chorują kobiety, zwłaszcza wieloródki, i osoby otyłe [4]. O tej chorobie mówi się, że staje się coraz większym problemem w społeczeństwie. Najczęściej dotyczy kobiet w różnym wieku, ale również nastolatków oraz ludzi po 20. roku życia. Tworzenie się kamieni w pęcherzyku żółciowym ma wiele przyczyn, a główne z nich to styl życia i rodzinne występowanie tego schorzenia [4]. Celem

pracy było określenie związku pomiędzy preferowanymi zachowaniami zdrowotnymi a przekonaniem dotyczącym odpowiedzialności za swoje zdrowie u osób z rozpoznaniem kamicy żółciowej, jako wyznacznika w powrocie do optymalnego stanu zdrowia. Badania przeprowadzono w populacji osób cierpiących na kamice żółciową. Zgodnie z założeniami pracy dokonano badania poziomu zachowań zdrowotnych chorych na kamice żółciową. Uzyskane wyniki świadczą o tym, że ankietowani mają pełną świadomość swoich zachowań zdrowotnych i akceptują wskazania prowadzące do właściwego umiejscowienia kontroli zdrowia. Pacjenci chorujący na kamice żółciową, przejawiający większą samokontrolę nad swoim trybem życia, postrzegają swoje dolegliwości w mniejszej skali. Mają świadomość zależności pomiędzy zachowaniami prozdrowotnymi a rekonwalescencją. Podobne wyniki otrzymali również Sak i wsp. w badaniu osób przewlekle chorych leczonych w warunkach szpitalnych. Badacze ci doszli do wniosku, że pacjenci przejawiający większą odpowiedzialność za własne zdrowie postrzegają swoją chorobę jako mniej dolegliwą, zwłaszcza w aspekcie utraty motywacji do ukierunkowanej aktywności oraz destrukcji sfery fizycznej [5]. Badając pacjentów szpitalnego oddziału ratunkowego, wykazano, że wyższy wskaźnik zachowań zdrowotnych występował u osób chorych przewlekle niż chorych przyjętych w nagłych przypadkach. Przewlekle chorzy częściej podejmowali praktyki zdrowotne związane z odpoczynkiem, regularnym snem, kontrolą masy ciała, ograniczeniem palenia tytoniu i unikaniem nadmiernego wysiłku fizycznego [6]. Sprawdzone, czy istnieją różnice i/lub zależności między zachowaniami zdrowotnymi a zmiennymi wytypo-

wanymi, którymi były: wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny, miejsce zamieszkania, zawód. Wykazano, że w każdej pozycji zachowań zdrowotnych profilaktycznych wyższe wyniki osiągały mężczyźni. Kobiety uzyskały wyższe wyniki w przestrzeganiu zaleceń lekarskich wynikających z ich badań. Być może uzyskany wynik jest odzwierciedleniem populacji, na której przeprowadzono badania. Basiaga-Pasternak i Malarz, badając znaczenie zdrowia w opinii pacjentów stomatologicznych, dowodzą, że u kobiet dominuje kontrola zdrowia związana z wpływem innych osób, podczas gdy mężczyźni posiadają wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia [7]. Autorzy tłumaczą to tym, że dla badanych kobiet zdrowie to przede wszystkim proces, wynik i cel, a dla mężczyzn zdrowie to właściwość i wynik. Zdaniem Kozieł i wsp., którzy badali wpływ kształcenia w Uniwersytecie Trzeciego Wieku na zachowania zdrowotne ludzi starszych, nie wykazano statystycznie istotnych różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami w zakresie ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych [8]. Biorąc pod uwagę wiek badanych, najlepszymi zachowaniami zdrowotnymi charakteryzowała się grupa wiekowa 51–60 lat. Należy się zgodzić z uzasadnieniem tego wyniku przez Kozieł i wsp., którzy dochodząc do podobnych wniosków, wykazali, że ludzie starsi, aktywni intelektualnie, prezentują ogólnie wyższy wskaźnik zachowań prozdrowotnych, mają lepsze nawyki żywieniowe, częściej podejmują zachowania profilaktyczne i praktyki służące zdrowiu [8]. Do innych wniosków doszli Penar-Zadarko i wsp., badając rozpowszechnienie palenia tytoniu wśród studentów i umiejscowienie kontroli zdrowia. Wykazali oni, że osoby z grupy najmłodszej i najstarszej przypisują kontroli wewnętrznej większe znaczenie niż pozostali [9]. W badaniach własnych najwyższe wyniki zachowań profilaktycznych osiągnęli badani z wykształceniem wyższym, najniższe z podstawowym lub zawodowym. Do innego wniosku doszliśmy, badając przewlekle chorych na SOR-ze, tam dominowały osoby z wykształceniem podstawowym i średnim, natomiast w grupie osób hospitalizowanych z przyczyn „ostrych” przeważali absolwenci wyższych uczelni [6]. Ci ostatni częściej stosowali prawidłowe zachowania zdrowotne. Zapewne zdawali sobie sprawę z tego, że dzięki takiemu postępowaniu szybciej wrócą do zdrowia. Wielu chorych na kamicę żółciową obawia się o swoje zdrowie. Jednak analizując wyniki badań, na pewno można stwierdzić, że liczbę zachorowań można diametralnie pomniejszyć, stosując odpowiednie zachowania zdrowotne promujące zdrowy styl życia.

## Wnioski

Osoby z rozpoznaniem kamicy żółciowej prezentowały wysoki poziom zachowań zdrowotnych. Cechało je wysokie nastawienie psychiczne i duży poziom

zachowań profilaktycznych, przy przeciętnym poziomie praktyk zdrowotnych i niskim praktyk żywieniowych.

Wyższe wartości punktowe otrzymali badani w wymiarze kontroli wewnętrznej, a najniższe w wymiarze przypadku.

Najwyższe 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 badani o niskich wynikach w kontroli zdrowia wymiaru przypadku.

Otrzymane wyniki dotyczące zachowań zdrowotnych i umiejscowienia kontroli zdrowia mogą się stać dodatkowym elementem, ważnym w planowaniu psychoedukacji pacjentów, co wpłynie na podwyższenie poziomu wiedzy i wsparcie pacjenta w dbaniu o własne zdrowie.

## Piśmiennictwo

1. Choroby wewnętrzne: kompendium medycyny praktycznej. Szczekliki A, Gajewski P (red.). Medycyna Praktyczna, Kraków 2009; 948-956.
2. Bielecki K, Kozicki I. Chirurgia dróg żółciowych. *Med Prakt Chir* 1998; (6): 77-80, 1999; (8): 127-131, 2000; (7-8): 175-181, 2001; (11-12): 95-102, 2002; (5-6): 209-215, 2004; (2): 83-91, 2005; (1): 65-74, 2006; (1): 43-56, 2007; (1): 99-112.
3. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2001; 83-85.
4. Chirurgia ogólna. Lawrence PF (red.). Urban & Partner, Wrocław 1998; 5-19.
5. Sak J, Jarosz M, Mosiewicz J i wsp. Postrzeganie własnej choroby a poczucie odpowiedzialności za swoje zdrowie osób przewlekle chorych. *Med Og Nauki Zdr* 2011; 17: 169-173.
6. Kurowska K, Białasiak B. Zachowania zdrowotne a radzenie sobie w chorobie u pacjentów szpitalnego oddziału ratunkowego (SOR). *Nowiny Lek* 2009; 78: 113-122.
7. Basiaga-Pasternak J, Malarz I. Kontrola i znaczenie zdrowia w opinii pacjentów stomatologicznych. *Porad Stomatol* 2009; 9: 258-264.
8. Kozieł D, Kaczmarczyk M, Naszydłowska E, Gałuszka R. Wpływ kształcenia w Uniwersytecie Trzeciego Wieku na zachowania zdrowotne ludzi starszych. *Stud Med* 2008; 12: 23-28.
9. Penar-Zadarko B, Zadarko E, Binkowska-Bury M, Januszewicz P. Rozpowszechnienie palenia tytoniu wśród studentów a umiejscowienie kontroli zdrowia. *Przew Lek* 2009; 66: 705-708.