

Umiejscowienie kontroli zdrowia a zachowania zdrowotne pielęgniarek

Health-related locus of control and health behaviours of nurses

MARIOLA MENDRYCKA^{1/}, KATARZYNA NOWAK^{2/}, RENATA JANISZEWSKA^{3/}, AGNIESZKA SARACEN^{1/},
ZBIGNIEW KOTWICA^{4/}

^{1/} Zakład Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu i Kultury Fizycznej, Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny im. K. Pułaskiego w Radomiu

^{2/} Katedra Pedagogiki i Psychologii, Wydział Filologiczno-Pedagogiczny, Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny im. K. Pułaskiego w Radomiu

^{3/} Zakład Kultury Fizycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu i Kultury Fizycznej, Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny im. K. Pułaskiego w Radomiu

^{4/} Zakład Nauk Medycznych, Wydział Nauk o Zdrowiu i Kultury Fizycznej, Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny im. K. Pułaskiego w Radomiu

Wprowadzenie. Zachowania zdrowotne osób zawodowo zajmujących się ochroną zdrowia stanowią ważny aspekt badawczy, ponieważ dotyczą postaw zarówno wobec zdrowia własnego, jak i innych osób.

Cel. Analiza umiejscowienia kontroli zdrowia i nasilenia zachowań zdrowotnych pielęgniarek.

Materiały i metody. Badania przeprowadzono w grupie 701 pielęgniarek w wieku 22-60 lat zatrudnionych w przychodniach zdrowia oraz szpitalach na terenie woj. mazowieckiego. Jako narzędzia badawcze zastosowano skalę MHLC-A Wallstona oraz inwentarz IZZ Juczyńskiego.

Wyniki. Grupę pielęgniarek ogółem charakteryzuje wewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia oraz niski poziom zachowań zdrowotnych. Ważne w zróżnicowaniu wyników okazały się zmienne takie jak: poziom wykształcenia, status materialny i miejsce pracy. Wykazano zależność, iż wraz ze wzrostem stażu pracy zmniejsza się liczba zachowań zdrowotnych respondentek.

Wnioski. Należy zintensyfikować działania z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia wśród pielęgniarek, zwłaszcza o niższym statusie socjoekonomicznym i dłuższym stażu pracy.

Słowa kluczowe: umiejscowienie kontroli zdrowia, zachowania zdrowotne, pielęgniarki

Introduction. The health-related behaviours of health professionals are an important research aspect because they concern attitudes to both one's own and other people's health.

Aim. Analysis of the health-related locus of control and the instance, frequency and strength of health behaviours among nurses.

Materials & methods. The study embraced a group of 701 nurses aged 22-60 and employed in health clinics and hospitals in the Mazovian province. The Wallston MHLC-A scale and Juczynski's HBI inventory were used as research tools.

Results. The group of nurses was in general characterised by an internal health locus of control and a low level of health behaviours. Such variables as level of education, material status and the workplace were important factors in the differentiation of the results. It has been shown that the number of health behaviours among respondents decreases the longer their tenure in the job.

Conclusion. Prophylactic measures and health promotion efforts need to be intensified with regard to nurses, especially those with lower socio-economic status and longer work experience.

Key words: health-related locus of control, healthy behaviour, nurses

© Hygeia Public Health 2019, 54(1): 30-40

www.h-ph.pl

Nadesłano: 02.08.2018

Zakwalifikowano do druku: 04.02.2019

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr inż. Mariola Mendrycka

Zakład Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu i Kultury Fizycznej
Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny im. K. Pułaskiego

ul. Chrobrego 27, 26-600 Radom

tel. 502 99 38 10, e-mail: m.mendrycka@uthrad.pl

Wprowadzenie

Zdrowie jest bardzo ważną wartością w życiu każdego człowieka i zajmuje wysoką pozycję w hierarchii wśród innych walorów społeczeństwa, niezależnie od wykonywanego zawodu i pełnionych funkcji [1, 2]. Zagadnienia związane ze zdrowiem publicznym, a w szczególności profilaktyką zdrowotną i umiejscowieniem kontroli zdrowia, były i nadal są przedmiotem badań wielu autorów. Zdrowie uznawane jest za najcenniejsze dobro, o które trzeba się troszczyć [3-6]. Wyraża się ono w trzech wymiarach: fizycznym, psychologicznym oraz społecznym [7, 8]. Zgodnie z określeniem WHO zdrowie jest nie tylko oznaką dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i spo-

wieniem kontroli zdrowia, były i nadal są przedmiotem badań wielu autorów. Zdrowie uznawane jest za najcenniejsze dobro, o które trzeba się troszczyć [3-6]. Wyraża się ono w trzech wymiarach: fizycznym, psychologicznym oraz społecznym [7, 8]. Zgodnie z określeniem WHO zdrowie jest nie tylko oznaką dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i spo-

łecznego, ale również to brak choroby, kalectwa i niepełnosprawności [9]. W dużym stopniu za kondycję naszego organizmu ponosimy sami odpowiedzialność, a dzięki podejmowanym odpowiednim praktykom zdrowotnym i prowadzonemu stylowi życia wpływamy w pozytywnym lub negatywnym znaczeniu na jego stan. Czynniki określającymi wybór danych działań na rzecz dbałości o własne zdrowie są: wiek, płeć, sytuacja ekonomiczna, status społeczny i kulturowy [10-13]. Głównymi elementami negatywnie wpływającymi na zdrowie i często zwiększającymi ryzyko występowania chorób przewlekłych są: picie alkoholu, zażywanie narkotyków, palenie tytoniu, brak aktywności fizycznej, niewłaściwy sposób odżywiania oraz nieprawidłowa masa ciała [14-18].

Zasadniczą powinnością w dokonywaniu prawidłowych działań zdrowotnych jest umiejscowienie kontroli zdrowia, które obrazuje przekonania o możliwościach wywierania wpływu na stan własnego zdrowia i dbałości o jego poprawę oraz poczucie odpowiedzialności za zdrowie innych ludzi. Zachowania te determinują większą odpowiedzialność za kondycję zdrowotną i są rodzajem wewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia [19, 20]. Osoby charakteryzujące się wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia prowadzą prozdrowotny tryb życia, ograniczając palenie papierosów, spożywanie alkoholu oraz dbają o kondycję fizyczną, korzystając z różnych form aktywności fizycznej [21-24]. Jedną z głównych przyczyn zgonów na świecie jest palenie tytoniu, które przyczynia się do powstawania przewlekłych chorób niezakaźnych [25]. Współodpowiedzialność za zdrowie drugiego człowieka u ludzi z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia wyzwała w nich odpowiednie zachowania wobec osób, które mogły być tylko biernymi palaczami mając świadomość, że wdychanie przez nich dymu tytoniowego również prowadzi do groźnych chorób nieepidemicznych [26].

Z badań przeprowadzonych przez Kurowską i wsp. wynika, że osoby z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia przejmują w większym stopniu odpowiedzialność za własne zdrowie, a w przypadku towarzyszącej im choroby za rezultaty podjętego leczenia bądź rehabilitacji [27]. W zupełnie inny sposób postrzegana jest problematyka związana ze zdrowiem przez osoby o zewnętrznym umiejscowieniu kontroli zdrowia, które nie posiadają poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie. Bardzo często nie wierzą we własne możliwości i silnie przeżywają wszelkiego rodzaju zagrożenia [28]. Uważają, że na poziom zdrowia mają dominujący wpływ czynniki zewnętrzne. Pacjenci rzadziej rozpoczynają starania zwiększające aktywność fizyczną, częściej zaś prowadzą bierny tryb życia [29]. Inna grupa ludzi uważa, że nie mają wpływu na otoczenie, a własne przeżycia odbierane

są jako rezultat oddziaływania czynników, które nie są od nich zależne. Twierdzą również, że kluczową rolę na ich stan zdrowia odgrywiają zachowania, które są tylko i wyłącznie efektem przypadku i szczęścia. Zamieszczona powyższa postawa nie wpływa jednak korzystnie na proces leczenia i wyzdrowienia [30].

Jedną z ważniejszych cech ludzi odgrywających istotną rolę na budowanie i utrzymanie we właściwej kondycji zdrowia psychicznego i fizycznego jest optymizm, który pozytywnie koresponduje z poczuciem kontroli wewnętrznej i samoakceptacją [31, 32].

Wiedza i właściwe zachowania zdrowotne są kreowane i nabywane nie tylko podczas edukacji na różnych szczeblach nauki, ale również w czasie przygotowywania do pełnienia ról społecznych i zawodowych. Dotyczy to głównie zawodów medycznych i paramedycznych takich, jak: lekarze, pielęgniarki, położne, fizjoterapeuci oraz pracownicy zdrowia publicznego [33-36]. Społeczeństwo wymaga szczególnie od lekarzy i pielęgniarek wzorców postępowania godnych do naśladowania, ponieważ osoby te posiadają specjalistyczną wiedzę medyczną pozwalającą na doskonalsze zrozumienie ważności odpowiednich zachowań zdrowotnych w życiu codziennym [37, 38]. Wymaga się od nich bardziej krytycznego, świadomego i racjonalnego stosunku do kształtowania należytych zachowań zdrowotnych. Cenną rolę w krzewieniu postaw prozdrowotnych odgrywiają pielęgniarki pracujące w szkołach, przychodniach oraz w oddziałach szpitalnych [39].

Cel

Prezentacja i analiza wyników badania, w którym podjęto próbę określenia typu umiejscowienia kontroli zdrowia i nasilenia zachowań zdrowotnych pielęgniarek z uwzględnieniem zmiennych socjodemograficznych i zawodowych.

Pytania badawcze:

1. Jaki typ umiejscowienia kontroli zdrowia oraz stopień zachowań zdrowotnych cechuje pielęgniarki ogółem?
2. Czy występują różnice w zachowaniach zdrowotnych pielęgniarek o wysokim i niskim stopniu umiejscowienia kontroli zdrowia?
3. Czy zmienne socjodemograficzne takie, jak wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania, wykształcenie i status ekonomiczny różnicują typ umiejscowienia kontroli zdrowia oraz poziom zachowań zdrowotnych pielęgniarek?
4. Czy zmienne zawodowe takie, jak staż i miejsce pracy różnicują typ umiejscowienia kontroli zdrowia oraz poziom zachowań zdrowotnych respondentek?

Materiały i metody

Badania przeprowadzono od kwietnia do października 2017 r. w grupie 701 pielęgniarek zatrudnionych w przychodniach zdrowia oraz szpitalach na terenie woj. mazowieckiego. Miały one charakter dobrowolny i anonimowy, uczestniczyły w nim osoby, które wyraziły na nie zgodę i oddały poprawnie wypełnione kwestionariusze.

Respondenci jako pierwszą wypełniali ankietę dotyczącą danych socjodemograficznych. Wszyscy byli płci żeńskiej (100%), co wynika z faktu, że zawód pielęgniarki nadal wykonywany jest przede wszystkim przez kobiety. Przedział wiekowy badanych zawierał się w granicach 22-60 lat ($44,52 \pm 9,73$ lat). Wykształcenie wyższe licencjackie miało 357 osób (50,9%), natomiast 344 – wyższe magisterskie (49,1%). W badanej grupie 526 respondentek (75,0%) było w związku małżeńskim, 105 (15,0%) stanu wolnego, zaś 70 (10,0%) po rozwodzie. Z miasta (powyżej 250 tys. mieszkańców) pochodziło 364 (51,9%) badanych, natomiast 337 (48,1%) mieszkało na wsi. Swój status ekonomiczny respondentki oceniły jako przeciętny (56,5%) bądź jako dobry (43,5%). Staż pracy badanych mieścił się w przedziale od 6 miesięcy do 38 lat ($22,31 \pm 10,83$ lat). Większość badanych (58,1%) była zatrudniona w przychodniach, natomiast 294 (41,9%) pracowały w oddziałach szpitalnych i posiadały specjalizację z pielęgniarstwa chirurgicznego, anestezyjologicznego lub onkologicznego.

Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą oprogramowania StatSoft, Inc.

Narzędzia badawcze

W przeprowadzonych badaniach wykorzystano następujące narzędzia:

1. Wielowymiarową Skalę Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (*Multidimensional Health Locus of Control Scale – MHLC*) wersja A KAWallstona i wsp. w polskiej adaptacji Z Juczyńskiego [40], którą tworzy 18 twierdzeń ujmujących przekonania ludzi odnoszące się do ich zgeneralizowanych oczekiwań w 3 wymiarach umiejscowienia kontroli zdrowia: 1. wewnętrznym (W) – kontrola nad własnym zdrowiem zależy od samej jednostki, 2. wpływu innych (I) – własne zdrowie jest wynikiem oddziaływania innych oraz 3. przypadku (P) – o stanie zdrowia decyduje przypadek lub inne czynniki zewnętrzne. Skala jest narzędziem samoopisu. Badany wyraża swój stosunek do przedstawionych stwierdzeń na 6-stopniowej skali: od zdecydowanie nie zgadzam się (1 punkt) do zdecydowanie zgadzam się (6 punktów). Wyników skali nie można przedstawić w postaci pojedynczego wskaźnika, lecz oblicza się je oddzielnie dla każdej

z trzech skal sumując punkty. Zakres wyników mieści się w przedziale od 6 do 36 punktów. Im wyższy wynik, tym silniejsze przekonanie, że dany czynnik ma wpływ na stan zdrowia. W badaniach grupowych, przyjmując medianę (Me) za granicę podziału wyników, można wyodrębnić 8 typów powiązań wyników niskich i wysokich takich, jak: typ silny – wewnętrzny (W+ I– P–), silny – zewnętrzny (W– I+ P+), pomniejszający wpływ innych (W+ I– P+), powiększający wpływ innych (W– I+ P–), pomniejszający wpływ przypadku (W+ I+ P–), powiększający typ przypadku (W– I– P+), nieodróżnicowany – silny (W+ I+ P+), nieodróżnicowany – słaby (W– I– P–). U podstaw skali leży założenie, że wewnętrzne umiejscowienie zdrowia sprzyja zachowaniom prozdrowotnym i większej odpowiedzialności za swoje zdrowie.

2. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) Z. Juczyńskiego [41], który ma zastosowanie w pomiarze różnego rodzaju zachowań związanych ze zdrowiem. Zawiera 24 stwierdzenia pozwalające ocenić ogólny stopień nasilenia tych zachowań oraz w następujących 4 kategoriach: 1. prawidłowe praktyki żywieniowe (uwzględniają rodzaj spożywanej żywności), 2. zachowania profilaktyczne (dotyczą przestrzegania zaleceń zdrowotnych), 3. praktyki zdrowotne (obejmują codzienne nawyki dotyczące snu, rekreacji czy aktywności fizycznej) oraz 4. pozytywne nastawienie psychiczne (odnosi się do czynników psychologicznych, jak unikanie zbyt silnych emocji, stresów, napięć czy sytuacji wpływających przygnębiająco). Badany zaznacza, jak często wykonuje określone czynności związane ze zdrowiem, oceniając każde z zachowań przedstawionych w inwentarzu na skali 5-stopniowej: od prawie nigdy (1 punkt) do prawie zawsze (5 punktów). Wartość ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych mieści się w przedziale od 24 do 120 punktów. Uzyskany wynik przekształca się na jednostki standaryzowane w oparciu o skalę stenową. Oddzielnie oblicza się wskaźniki nasilenia zachowań zdrowotnych w 4 kategoriach – stanowi je średnia liczba punktów w każdej z nich. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie określonych deklarowanych zachowań zdrowotnych.

Ponadto w badaniach wykorzystano ankietę własną, zawierającą 11 pytań, umożliwiającą uzyskanie danych demograficznych i informacji o sytuacji zawodowej badanych. Uwzględniała ona: płeć, wiek, stan cywilny, wykształcenie, miejsce zamieszkania, status ekonomiczny, problemy zdrowotne w rodzinie oraz staż pracy w zawodzie, specjalizację, miejsce pracy i funkcję pełnioną w pracy.

Wyniki

Typ umiejscowienia kontroli zdrowia i zachowania zdrowotne pielęgniarek

Z analizy danych dotyczących umiejscowienia kontroli zdrowia wynika, że najwyższe wartości punktowe otrzymano w wymiarze kontroli wewnętrznej (W) – $25,47 \pm 5,09$ punktu (Me 26) oraz w wymiarze przypadku (P) – $18,93 \pm 5,94$ punktu (Me 20), natomiast najniższe w wymiarze wpływu innych (I) – $15,39 \pm 5,75$ punktu (Me 16). Badane pielęgniarki ogółem w większości cechuje wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia, w mniejszym stopniu przypisują znaczenie temu, że to przypadek decyduje o ich zdrowiu, zaś najniżej umiejscawiają wpływ innych.

Jednakże klasyfikacja otrzymanych średnich z uwagi na wyznaczenie mediany, stanowiącej granicę podziału wyników na niskie i wysokie, w każdym z trzech wymiarów pozwala na określenie, iż badane pielęgniarki cechuje typ umiejscowienia kontroli zdrowia w kierunku niezróżnicowanego słabego (obniżone względem Me wartości w wymiarach W, I oraz P), co wskazuje na niejednoznaczne umiejscowienie kontroli zdrowia, z tendencją do przypisywania największego wpływu sobie.

Wartość ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych ($79,00 \pm 10,80$), przy uwzględnieniu przeliczenia na jednostkę standaryzowaną, dającego wynik na poziomie 4,70 stena, wskazuje na obniżony poziom zachowań zdrowotnych deklarowanych przez pielęgniarki. Rozkład wyników w tym zakresie pokazuje, iż 44,0% badanych cechował niski ogólny poziom zachowań zdrowotnych, 42,8% – przeciętny, a tylko 13,2% – wysoki.

Analiza poszczególnych kategorii zachowań zdrowotnych wykazała, iż najwyżej oceniono pozytywne nastawienie psychiczne ($3,37 \pm 0,57$), następnie za-

chowania profilaktyczne ($3,36 \pm 0,65$), prawidłowe nawyki żywieniowe ($3,31 \pm 0,76$), a najniżej praktyki zdrowotne ($3,10 \pm 0,50$).

Nasilenie wewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia (W) a zachowania zdrowotne

W dalszym postępowaniu badawczym wyodrębniono grupy respondentek o wysokim (W+) i niskim (W-) wewnętrznym umiejscowieniu kontroli zdrowia i zanalizowano charakteryzujące je zachowania zdrowotne (tab. I), jak też występujące zależności pomiędzy prezentowanym poczuciem kontroli a deklarowanymi zachowaniami sprzyjającymi zdrowiu (tab. II).

Pielęgniarki o istotnie wyższym ($p < 0,01$) umiejscowieniu wewnętrznej kontroli (W+) cechowało również istotnie większe ($p < 0,03$) przekonanie o wpływie innych na ich stan zdrowia. Wyniki respondentek w skali MHLC-A, uwzględniając wysokość Me w poszczególnych wymiarach, pozwalają na określenie, iż charakteryzuje je typ umiejscowienia kontroli pomniejszający wpływ przypadku (W+, I+, P-) (tab. I).

Ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych wyrażony w jednostce standaryzowanej wynoszącej 4,74 stena, wskazuje na obniżony poziom zachowań zdrowotnych deklarowanych w tej grupie respondentek. Natomiast wyniki w poszczególnych kategoriach zachowań zdrowotnych pokazują, iż najwyżej oceniają one własne pozytywne nastawienie psychiczne ($3,40 \pm 0,59$), a najniżej praktyki zdrowotne ($3,12 \pm 0,54$). Z kolei pielęgniarki o niskim ($17,06 \pm 2,81$) umiejscowieniu wewnętrznej kontroli zdrowia (W-), w takim samym stopniu ($17,06 \pm 5,81$) wyrażały przekonanie, że o ich stanie zdrowia decyduje przypadek, zaś w najmniejszym inni ludzie. Charakteryzujący je typ umiejscowienia kontroli zdrowia z uwagi na wielkość Me w poszczególnych wymiarach można określić jako silny – zewnętrzny (W-, I-, P+) (tab. I).

Tabela I. Wyniki respondentek o wysokim (W+) i niskim (W-) wewnętrznym umiejscowieniu kontroli zdrowia w poszczególnych podskalach – wartości znormalizowane

Table I. Results of respondents with high (W+) and low (W-) internal location of health control on each subscale – standardized values

Zmienne /Variables	Badani /Respondents						test T	
	W+ n=435			W- n=266			t	p
	M±SD	Me	sten	M±SD	Me	sten		
MHCL	kontrola wewnętrzna /internal control (W)	27,06±3,64	26	17,06±2,81	18	2,668	0,01	
	wpływ innych /influence of others (I)	16,84±5,78	16	13,91±4,92	14	2,218	0,03	
	przypadek /chance (P)	19,28±5,90	20	17,06±5,81	16	1,324	>0,05	
Zachowania zdrowotne /health-seeking behaviour (IZZ)	prawidłowe nawyki żywieniowe /proper dietary habits	3,29±0,79		3,41±0,63		0,602	>0,05	
	zachowania profilaktyczne /preventive behaviours	3,37±0,65		3,29±0,63		0,432	>0,05	
	pozytywne nastawienie psychiczne /positive mental attitude	3,40±0,59		3,24±0,42		1,258	>0,05	
	praktyki zdrowotne /health-seeking practices	3,12±0,54		2,85±0,29		2,668	0,01	
	wskaźnik ogólny zachowań zdrowotnych /overall indicator of health-seeking behaviour	79,07±11,26	4,74	76,75±7,64	4,50	0,986	>0,05	

Ponadto respondentki te cechuje ogólny niski wskaźnik zachowań zdrowotnych (4,50 stena), wśród których najwyższą wartość uzyskano w kategorii prawidłowe nawyki żywieniowe ($3,41 \pm 0,63$), zaś najniższą – w praktykach zdrowotnych ($2,85 \pm 0,29$). Ostatnia kategoria jest na poziomie istotnie niższym ($p < 0,01$) od średniej uzyskanej w grupie badanych o wysokim wewnętrznym umiejscowieniu kontroli zdrowia ($3,12 \pm 0,54$).

Analiza korelacji pomiędzy wymiarami umiejscowienia kontroli a zachowaniami zdrowotnymi ujawniła interesujące zależności. U badanych o wysokim wewnętrznym umiejscowieniu kontroli zdrowia – wraz z jego wzrostem zwiększała się tendencja do stosowania prawidłowych nawyków żywieniowych ($r = 0,186$; $p < 0,05$), natomiast wraz ze wzrostem ich przekonania o roli przypadku – zmniejszał się ogólny stopień ich zachowań zdrowotnych ($r = 0,214$; $p < 0,05$), a także w kategoriach prawidłowych nawyków żywieniowych ($r = 0,226$; $p < 0,05$) oraz praktyk zdrowotnych ($r = 0,196$; $p < 0,05$). Siła związku tych zależności była jednak słaba (tab. II).

Znacznie więcej zależności zaobserwowano w grupie pielęgniarek o niskim wewnętrznym umiejscowieniu kontroli zdrowia (W-). Interesujące było, iż ogólny stopień ich zachowań zdrowotnych wzrastał zarówno z rosnącym przekonaniem, iż ich stan zdrowia zależy od nich samych (W), jak też od innych (I) czy od przypadku (P) – jednak w tym ostatnim wymiarze wystąpiła największa zależność ($r = 0,403$; $p < 0,001$). Podobny charakter zależności wystąpił pomiędzy trzema rodzajami umiejscowienia kontroli zdrowia a kategoriami: prawidłowe nawyki żywieniowe i zachowania profilaktyczne. Natomiast wzrost przekonania o tym, iż własne zdrowie jest wynikiem kontroli wewnętrznej lub oddziaływania innych wiązało się z osłabieniem ich praktyk zdrowotnych, szczególnie w pierwszym przypadku ($r = 0,464$; $p < 0,001$) (tab. II).

Zmienne demograficzne a umiejscowienie kontroli i zachowania zdrowotne

Analizy statystyczne nie wykazały istotnych różnic statystycznych pomiędzy grupami pielęgniarek wyłonionymi z uwagi na: wiek, stan cywilny i miejsce zamieszkania. Jedynie zmienne takie, jak: wykształcenie (tab. III) i status ekonomiczny (tab. IV) pozwoliły na wykazanie istotnych różnic w jednym wymiarze, tj. wewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia.

Pielęgniarki z wykształceniem magisterskim (M) oraz oceniające swój status ekonomiczny, jako dobry (D) cechowało istotnie wyższe wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia w porównaniu z respondentkami posiadającymi wykształcenie na poziomie licencjatu (L) i określającymi swój status ekonomiczny jako przeciętny (P).

Uwzględniając wartości Me można określić w grupie respondentek z wyższym wykształceniem (M) i statusem materialnym (D) typ umiejscowienia kontroli zdrowia odpowiednio jako silny wewnętrzny oraz pomniejszający wpływ przypadku, natomiast w grupie badanych o niższym wykształceniu (L) i przeciętnej sytuacji materialnej (P) jako typ powiększający wpływ innych oraz nieodróżniony słaby.

Nie stwierdzono natomiast żadnych różnic istotnych statystycznie pomiędzy wyodrębnionymi grupami pielęgniarek w zachowaniach zdrowotnych – niezależnie od poziomu wykształcenia i oceny statusu ekonomicznego charakteryzował je obniżony ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych oraz porównywalny przeciętny stopień zachowań we wszystkich kategoriach: nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, nastawienia psychicznego i praktyk zdrowotnych.

Zmienne zawodowe a umiejscowienie kontroli i zachowania zdrowotne

Ostatni etap analiz dotyczył porównania typu umiejscowienia kontroli zdrowia i nasilenia zachowań zdrowotnych pielęgniarek z uwagi na zmienne zawodowe, takie jak staż i miejsce pracy.

W wyłonionych grupach respondentek z uwagi na staż pracy obejmujący przedziały: do 10 lat, 11-20 lat, 21-30 lat oraz 31-40 lat, nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie w umiejscowieniu kontroli zdrowia, natomiast wystąpiły one w zachowaniach zdrowotnych. Tym samym, niezależnie od stażu pracy pielęgniarki cechowało w największym stopniu wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia. Natomiast zauważono, iż wraz ze wzrostem lat pracy obniżał się poziom zachowań zdrowotnych respondentek. Największe różnice na poziomie istotnym statystycznie wystąpiły pomiędzy pielęgniarkami posiadającymi staż pracy do 10 lat i tymi, które pracowały w zawodzie od 31-40 lat. Badane o najkrótszym czasie pracy charakteryzowały się przeciętnym ogólnym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych (5,57 stena) oraz wyższymi wynikami we wszystkich ich kategoriach. Z kolei pielęgniarki o najdłuższym stażu pracy cechował istotnie niższy ($p < 0,01$) ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych (4,01 stena) oraz istotnie niższy stopień zachowań zdrowotnych we wszystkich czterech kategoriach, tj. prawidłowych nawyków żywieniowych ($p < 0,04$), zachowań profilaktycznych ($p < 0,02$), pozytywnego nastawienia psychicznego ($p < 0,01$) i praktyk zdrowotnych ($p < 0,01$).

Zmienna miejsca pracy w jednym wymiarze różnicowała badane grupy respondentek zatrudnionych w oddziałach szpitalnych (S) i przychodniach (P) (tab. V). Pielęgniarki pracujące w oddziałach szpitalnych cechowało istotnie wyższe ($p < 0,02$) poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia przypisujące znaczenie innym. Typ charakteryzujący badaną grupę re-

spondentek można określić jako powiększający wpływ innych (W-, I+, P-). Z kolei pielęgniarki pracujące w przychodniach reprezentowały typ umiejscowienia kontroli zdrowia określany jako silny – zewnętrzny (W-, I+, P+).

Nie stwierdzono różnic istotnych na poziomie statystycznym pomiędzy wyodrębnionymi grupami pielęgniarek w zachowaniach zdrowotnych – niezależnie od miejsca pracy charakteryzował je obniżony ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych oraz

porównywalny przeciętny stopień zachowań we wszystkich wymiarach, tj. nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, nastawienia psychicznego i praktyk zdrowotnych. Warto przy tym zauważyć, iż pielęgniarki zatrudnione w przychodniach uzyskały najwyższe wartości w kategorii pozytywne nastawienie psychiczne ($3,42 \pm 0,62$) i zachowania profilaktyczne ($3,39 \pm 0,68$), z kolei badane pracujące w szpitalu – w prawidłowych nawykach żywieniowych ($3,37 \pm 0,66$) (tab. V).

Tabela II. Zależność między badanymi zmiennymi (współczynniki korelacji r-Pearsona)
Table II. The relationship between research variables (Pearson correlation coefficient)

Zachowania zdrowotne /Health-seeking behaviour (IZZ)	MHCL					
	W+	I	P	W-	I	P
prawidłowe nawyki żywieniowe /proper dietary habits	0,186*	-0,102	-0,226*	0,311***	0,174*	0,373***
zachowania profilaktyczne /preventive behaviours	0,002	-0,072	-0,066	0,208*	0,244*	0,442***
pozytywne nastawienie psychiczne /positive mental attitude	0,102	-0,078	-0,127	-0,134	0,096	0,020
praktyki zdrowotne /health-seeking practices	0,070	-0,128	-0,196*	-0,464***	-0,206*	-0,026
wskaźnik ogólny zachowań zdrowotnych /overall indicator of health-seeking behaviour	0,131	-0,129	-0,214*	0,239*	0,261**	0,403***

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Tabela III. Wyniki respondentek z wykształceniem licencjackim (L) i magisterskim (M) w poszczególnych podskalach – wartości znormalizowane
Table III. Results of respondents with undergraduate (L) and master's (M) degrees on each subscale – standardized values

Zmienne /Variables	Badani /Respondents						test T	
	L n=357			M n=344			t	p
	M±SD	Me	sten	M±SD	Me	sten		
MHCL								
	kontrola wewnętrzna /internal control (W)	24,64±5,20	25	27,32±4,26	26	2,659	0,01	
	wpływ innych /influence of others (I)	16,14±5,80	16	16,94±5,59	17	0,639	>0,05	
	przypadek /chance (P)	18,50±6,14	19	19,90±5,33	20	1,145	>0,05	
Zachowania zdrowotne /health-seeking behaviour (IZZ)	prawidłowe nawyki żywieniowe /proper dietary habits	3,26±0,77		3,43±0,74		1,036	>0,05	
	zachowania profilaktyczne /preventive behaviours	3,39±0,66		3,27±0,61		0,868	>0,05	
	pozytywne nastawienie psychiczne /positive mental attitude	3,38±0,59		3,37±0,52		0,109	>0,05	
	praktyki zdrowotne /health-seeking practices	3,10±0,53		3,01±0,47		0,927	>0,05	
	wskaźnik ogólny zachowań zdrowotnych /overall indicator of health-seeking behaviour	78,81±11,60	4,76	78,45±8,72	4,58	0,171	>0,05	

Tabela IV. Wyniki respondentek o przeciętnym (P) i dobrym (D) statusie materialnym w poszczególnych podskalach – wartości znormalizowane
Table IV. Results of respondents with average (P) and good (D) material status on each subscale – standardized values

Zmienne /Variables	Badani /Respondents						test T	
	P n=395			D n=306			t	p
	M±SD	Me	sten	M±SD	Me	sten		
MHCL								
	kontrola wewnętrzna /internal control (W)	24,40±5,05	25	26,74±4,82	26	2,349	0,021	
	wpływ innych /influence of others (I)	16,73±5,88	17	15,98±5,55	15	0,650	>0,05	
	przypadek /chance (P)	19,04±5,75	20	18,80±6,16	20	0,192	>0,05	
Zachowania zdrowotne /health-seeking behaviour (IZZ)	prawidłowe nawyki żywieniowe /proper dietary habits	3,31±0,79		3,31±0,73		0,003	>0,05	
	zachowania profilaktyczne /preventive behaviours	3,33±0,66		3,39±0,63		0,440	>0,05	
	pozytywne nastawienie psychiczne /positive mental attitude	3,32±0,57		3,43±0,56		0,968	>0,05	
	praktyki zdrowotne /health-seeking practices	3,07±0,54		3,08±0,49		0,162	>0,05	
	wskaźnik ogólny zachowań zdrowotnych /overall indicator of health-seeking behaviour	78,20±11,70	4,64	79,30±9,58	4,78	0,516	>0,05	

Tabela V. Wyniki respondentek pracujących w oddziałach szpitalnych (S) i przychodniach (P) w poszczególnych podskalach – wartości znormalizowane
 Table V. Results of respondents working in hospital wards (S) and outpatient clinics (P) on each subscale – standardized values

Zmienne /Variables		Badani /Respondents						test T	
		S n=294			P n=407				
		M±SD	Me	sten	M±SD	Me	sten	t	p
MHCL	kontrola wewnętrzna /internal control (W)	25,98±4,08	26		25,12±5,64	26		0,878	>0,05
	wpływ innych /influence of others (I)	17,98±5,58	15		15,30±5,61	15		2,331	0,02
	przypadek /chance (P)	18,80±5,71	19		19,02±6,09	19		0,176	>0,05
Zachowania zdrowotne /health-seeking behaviour (IZZ)	prawidłowe nawyki żywieniowe /proper dietary habits	3,37±0,66			3,27±0,83			0,698	>0,05
	zachowania profilaktyczne /preventive behaviours	3,30±0,59			3,39±0,68			0,674	>0,05
	pozytywne nastawienie psychiczne /positive mental attitude	3,30±0,48			3,42±0,62			1,062	>0,05
	praktyki zdrowotne /health-seeking practices	3,14±0,57			3,36±0,72			1,046	>0,05
	wskaźnik ogólny zachowań zdrowotnych /overall indicator of health-seeking behaviour	78,76±10,35		4,71	78,67±11,10		4,70	0,041	>0,05

Dyskusja

Umiejscowienie kontroli zdrowia posiada ścisły związek z dbałością o własne zdrowie i stosowaniem właściwych praktyk prozdrowotnych. Zagadnienie to odgrywa bardzo ważną rolę szczególnie dla osób wykonujących zawody medyczne: pielęgniarki, ratownicy medyczni, fizjoterapeuci czy lekarze. Personel medyczny nie tylko edukuje pacjentów, ale również poprzez swoją właściwą postawę popularyzuje wzorce do naśladowania, motywuje i promuje prawidłowe zachowania zdrowotne.

Uzyskane wyniki badań wykazały, iż pielęgniarki ogółem cechuje niejednoznaczne umiejscowienie kontroli zdrowia z zaznaczającą się tendencją do największego przypisywania wpływu sobie. Porównując uzyskane wyniki ze średnimi dla próbki normalizacyjnej polskiej grupy kobiet [40], wynoszącymi dla wymiarów W, I oraz P odpowiednio: 24,68±5,64, 22,77±5,36 i 21,48±5,00, można stwierdzić, iż respondentki nieco wyżej oceniają własny udział w kontroli stanu swojego zdrowia, natomiast zdecydowanie niżej wpływ innych lub przypadku.

Dane te są zgodne z badaniami przeprowadzonymi przez Nowickiego [42] w grupie osób wykonujących zawód medyczny (pielęgniarki, położne, technicy sterylizacji medycznej), wśród których występowało wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia. Na drugim miejscu wskazano wpływ innych – czynnik, który koreluje pozytywnie ze stosowaniem właściwych praktyk zdrowotnych oraz profilaktycznych, zaś na trzecim przypadek.

Z kolei w ocenie zachowań zdrowotnych można zauważyć, iż porównanie wyników uzyskanych w grupie pielęgniarek ogółem ze średnimi dla grupy normalizacyjnej dorosłych kobiet przedstawionych przez Juczyńskiego [41] wykazuje niższe wyniki we wszystkich kategoriach w grupie pielęgniarek. Ankietowane w ramach tychże zachowań najwyżej oceniły pozytywne nastawienie psychiczne.

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że występowały dwie grupy pielęgniarek – o wysokim i niskim umiejscowieniu kontroli zdrowia. Pielęgniarki o wysokim umiejscowieniu kontroli zdrowia charakteryzowało wyższe przypisywanie wpływu na stan zdrowia innym ludziom, podczas gdy badane z drugiej grupy wyrażały większe przekonanie o roli przypadku. Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie w zachowaniach zdrowotnych wyłonionych grup – były one na niskim poziomie. W ramach tworzących je kategorii zaobserwowano jednak szereg odmiennych zależności. Pielęgniarki cechujące wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia wraz z jego wzrostem miały tendencję do większego stosowania prawidłowych nawyków żywieniowych, natomiast im bardziej były przekonane, że stan ich zdrowia zależy od przypadku – spadał stopień ich ogólnych zachowań zdrowotnych, zwłaszcza w kategoriach prawidłowych nawyków żywieniowych oraz praktyk zdrowotnych.

Zbliżone dane o niskich zachowaniach zdrowotnych zostały przedstawione przez Bogdan i wsp. [43] oraz Walentukiewicz i wsp. [44], którzy prowadzili badania wśród studentów pielęgniarstwa i ratownictwa. Powyższa grupa przyszłych pracowników służby zdrowia powinna być aktywna fizycznie, żeby stanowić wzorce do naśladowania dla swoich pacjentów i dobrze przygotowana do promowania zdrowia i niesienia pomocy innym w osiągnięciu i utrzymaniu zdrowego stylu życia. Według danych przedstawionych przez Rasińską i wsp. [45] pielęgniarki po 40 r.ż. również wykazywały niski ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych mimo posiadanej fachowej wiedzy na temat zdrowia oraz zajmowanej wysokiej pozycji wśród wartości osobistych. Ankieterzy wykazali wysoki poziom wiedzy o zdrowiu i stylu życia (ok. 98%), jednak stan tej wiedzy nie miał przełożenia na prawidłowe zachowania zdrowotne w życiu codziennym. Świadczą o tym uzyskane wyniki badań mówiące, że 52% respondentów nie stosowało zaleceń żywieniowych na co dzień

[43]. Brak zachowań prozdrowotnych przez pracowników służby zdrowia oraz osoby studiujące kierunki medyczne został potwierdzony również przez innych badaczy [33, 46-48]. W innych doniesieniach naukowych przedstawiających wyniki badań dotyczących zachowań zdrowotnych grupy lekarzy rodzinnych odnotowano, że aż ponad połowa osób poddanych badaniu przyznaje, że nie prowadzi zdrowego trybu życia mimo, że posiadają stosowną wiedzę na ten temat i 92% respondentów honoruje styl życia, jako jeden z najważniejszych czynników determinujących zdrowie [49]. Przeprowadzone badania przez Gacek [50] także wykazały brak czynnego zaangażowania w aktywność fizyczną oraz częste błędy żywieniowe lekarzy, szczególnie płci męskiej, co przełożyło się na występowanie u tej grupy respondentów nadmiernej masy ciała. W innych publikacjach ukazujących wyniki analizy porównawczej odnoszącej się do sposobu odżywiania lekarzy i przedstawicieli innych zawodów oraz studentów zauważono, że styl życia lekarzy nie jest o wiele lepszy od niespecjalistów, pomimo posiadanej wiedzy o wpływie regularnego i prawidłowego odżywiania na zdrowie [51-54].

Pielęgniarki reprezentują średni poziom aktywności fizycznej, mimo posiadanej wiedzy o dobroczynnym wpływie ruchu na samopoczucie i zdrowie. Postawa ta kwestionuje ich autentyczność, jako promotorów zdrowia. Z badań przeprowadzonych wśród pielęgniarek z placówek służby zdrowia w Krakowie w 2003 r. wynika, że aż połowa nie wykonywała żadnych ćwiczeń fizycznych [55]. Podobne badania wykonane rok później wykazały, że liczba pielęgniarek nie wykazujących aktywności fizycznej zmniejszyła się i wynosiła 38,5% [56]. Dokonana ocena aktywności fizycznej pielęgniarek przez Zagrobę i wsp. w 2010 r. nadal potwierdzała przeciętną działalność na rzecz poprawy kondycji fizycznej. Swoją bierność w uprawianiu różnorodnych ćwiczeń respondentki tłumaczyły brakiem środków finansowych i wolnego czasu oraz nadmiarem obowiązków domowych. Inną postawę prezentowały osoby w wieku 20-30 lat, wśród których aż 90,9% respondentek zadeklarowało, że bardzo często wybierają aktywny wypoczynek i korzystają z różnych form aktywności fizycznej. Wraz z wiekiem jednak odnotowywano brak systematyczności w uprawianiu ćwiczeń sportowo-rekreacyjnych a liczba osób uprawiających sport malała [57]. Pielęgniarki pracujące w Etiopii w szpitalu z 3-8-letnim stażem pracy w wieku do 33 lat nie wykorzystywały ćwiczeń fizycznych jako strategii zapobiegania chorobom niezakaźnym [58]. Personel ten pozytywnie nastawiony do aktywności fizycznej i uprawiający sport znacznie częściej doradzał swoim pacjentom o jego zastosowaniu i wpływie na poprawę stanu zdrowia [59-61]. Szereg innych badań wykazuje, że poziom uczestnictwa lekarzy w kulturze fizycznej

też jest niski, ponieważ rekreację ruchową podejmują zaledwie raz w tygodniu [50]. Według Hidalgo i wsp. [62] udział bezczynności fizycznej wynosił 40,3% wśród pielęgniarek, zaś 52,1% dla innych pracowników służby zdrowia. Stosunkowo wysoki odsetek lekarzy i pielęgniarek twierdzi, że nie angażują się w zachowania zdrowego stylu życia, które zapobiegają powstawaniu chorób przewlekłych, a zatem pielęgniarki mogą rzadziej zachęcać do prozdrowotnych zachowań u swoich pacjentów.

Zachowania promujące zdrowie są jednak bardzo ważnym czynnikiem w unikaniu wielu chorób, a promocja zdrowia i zapobieganie chorobom są bezpośrednio związane z tym zachowaniem. Jednym z najważniejszych związków chorób przewlekłych takich, jak: cukrzyca, wysokie ciśnienie krwi, choroby serca i choroby nowotworowe, jest zdrowy tryb życia, a zatem budowanie zdrowego stylu życia jest jednym z najlepszych sposobów na przywrócenie lub utrzymanie zdrowia [63].

Złożone zależności w zachowaniach zdrowotnych stwierdzono u pielęgniarek o niskim umiejscowieniu kontroli zdrowia i przekonanych o wpływie przypadku. Ogólny stopień ich zachowań zdrowotnych wzrastał zarówno w sytuacji, gdy przypisywały one większe znaczenie sobie, jak też innym, ale w największym stopniu – gdy uważały, że rolę odgrywa przypadek.

Z kolei im bardziej rosło ich przekonanie, że stan zdrowia zależy od nich – zwiększały się ich prawidłowe nawyki żywieniowe, ale znacznie spadał stopień ich praktyk zdrowotnych. Inni mieli wpływ na zwiększenie ich zachowań profilaktycznych, ale powodowali zmniejszenie wykonywania praktyk zdrowotnych. Największą rolę odgrywa w tej grupie umiejscowienie kontroli zdrowia w wymiarze przypadku – im bardziej pielęgniarki wyrażały przekonanie o jego wpływie, tym bardziej związana była z tym tendencja do prawidłowych nawyków żywieniowych oraz zachowań profilaktycznych.

Nie stwierdzono różnic statystycznych w grupach respondentek wyłonionych z uwagi na szereg zmiennych demograficznych. Niezależnie od rodzaju zmiennej – pielęgniarki cechował podobny rozkład wartości w ramach umiejscowienia kontroli, gdzie najwyższe wartości uzyskano w wymiarze wewnętrznym, następnie przypadku, a najniższe we wpływie innych, ponadto wykazywały porównywalny, obniżony ogólny poziom zachowań zdrowotnych. Tylko dwie zmienne – wykształcenie oraz status ekonomiczny – wskazywały, iż z ich wzrostem wiąże się większe przekonanie o wewnętrznym umiejscowieniu kontroli zdrowia. Z badań przeprowadzonych przez Ślusarską i wsp. również wynika, że osoby z wykształceniem wyższym czynne zawodowo w większym stopniu dbały i kontrolowały

własne zdrowie i w konsekwencji posiadały lepszą jego percepcję [64]. Czynniki społeczno-ekonomiczne przewidują różne opcje stylu życia w różnych grupach wiekowych, co zostało potwierdzone w badaniach prowadzonych wśród ludności austriackiej. Poziom wykształcenia w tym przypadku miał odwrotny wpływ na kobiety w najstarszej grupie wiekowej, gdzie osoby z wyższym wykształceniem paliły trzy razy więcej niż panie z niższym wykształceniem. Brak aktywności fizycznej był bardziej rozpowszechniony u kobiet, a niezdrowe odżywianie i codzienne palenie występowało częściej u mężczyzn [65].

Zmienna zawodowa, taka jak czas pracy nie różnicowała pielęgniarek z uwagi na umiejscowienie kontroli zdrowia, natomiast pozwoliła zaobserwować, iż wraz ze wzrostem lat pracy obniżał się poziom ich zachowań zdrowotnych. Odwrotny związek zaobserwowano przy zmiennej miejscu pracy, która różnicowała pielęgniarki w nasileniu umiejscowienia kontroli zdrowia (zatrudnione w szpitalach wyrażały większe przekonanie o wpływie innych, w przychodniach – przypadku), natomiast niezależnie od miejsca pracy charakteryzował je obniżony ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych.

Pielęgniarki są wzorami społecznymi, a ich styl życia i warunki zdrowotne są wysoko cenione przez ogół społeczeństwa. Są one tak cenną częścią społeczeństwa, dlatego ważne jest, aby wykazywały wysoki profil życia promującego zdrowie. Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że istnieje potrzeba zintensyfikowania działań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia wśród pielęgniarek, zwłaszcza o niższym statusie socjoekonomicznym i dłuższym doświadczeniu zawodowym.

Wnioski

1. Pielęgniarki ogółem cechowało wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia z tendencją do przypisywania sobie wpływu, a przy tym deklarowały one niski ogólny poziom zachowań zdrowotnych. Respondentki o wysokim umiejscowieniu wewnętrznej kontroli zdrowia reprezentowały typ pomniejszający wpływ przypadku, z kolei o niskim umiejscowieniu wewnętrznej kontroli – typ silny – zewnętrzny, a zatem przypisujący większą rolę czynnikom zewnętrznym.
2. Zmienne socjodemograficzne nie różnicowały istotnie wyników wśród badanych. Jedynie stopień wykształcenia oraz ocena statusu materialnego miała znaczenie dla nasilenia wewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia. Pielęgniarki z wyższym wykształceniem i lepszym statusem materialnym cechował typ umiejscowienia kontroli zdrowia – silny wewnętrzny oraz pomniejszający wpływ przypadku, natomiast badane o niższym wykształceniu i przeciętnej sytuacji materialnej – typ powiększający wpływ innych oraz nieodróżnicowany słaby.
3. W grupie pielęgniarek pracujących w szpitalu stwierdzono występowanie typu umiejscowienia zdrowia powiększającego wpływ innych, zaś u osób pracujących w przychodniach występowanie typu silnego – zewnętrznego, czyli przypisyującego większą rolę czynnikom zewnętrznym.
4. Stwierdzono, że wraz ze stażem pracy zmniejszały się zachowania zdrowotne pielęgniarek, zarówno w wymiarze ogólnym, jak i wszystkich czterech kategoriach.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo / References

1. Letvak S. We cannot ignore nurses' health anymore: a synthesis of the literature on evidence-based strategies to improve nurse health. *Nurs Adm Q* 2013, 37(4): 295-308.
2. Wood PJ. Nurses' occupational health as a driver for curriculum change emphasising health promotion: an historical research study. *Nurse Educ Today* 2014, 34(5): 709-713.
3. Bernstein JA, Friedman C, Jacobson P, Rubin JC. Ensuring public health's future in a national-scale learning health system. *Am J Prev Med* 2015, 48(4): 480-487.
4. Colditz GA, Philpott SE, Hankinson SE. The Impact of the nurses' health study on population health: prevention, translation, and control. *Am J Public Health* 2016, 106(9): 1540-1545.
5. Spring B, King AC, Pagoto SL, et al. Fostering multiple healthy lifestyle behaviors for primary prevention of cancer. *Am Psychol* 2015, 70(2): 75-90.
6. Tuckett A, Henwood T, Oliffe JL, et al. A comparative study of Australian and New Zealand male and female nurses' health: a sex comparison and gender analysis. *Am J Mens Health* 2016, 10(6): 450-458.
7. Melnyk BM, Hrabe DP, Szalacha LA. Relationships among work stress, job satisfaction, mental health, and healthy lifestyle behaviors in new graduate nurses attending the nurse athlete program: a call to action for nursing leaders. *Nurs Adm Q* 2013, 37(4): 278-285.
8. Trudel-Fitzgerald C, Chen Y, Singh A, et al. Psychiatric, psychological, and social determinants of health in the nurses' health study cohorts. *Am J Public Health* 2016, 106(9): 1644-1649.

9. Gruszczyńska M, Bąk-Sosnowska M, Plinta R. Zachowania zdrowotne jako istotny element aktywności życiowej człowieka. Stosunek Polaków do własnego zdrowia. *Hygeia Public Health* 2015, 50(4): 558-565.
10. Arendt A, Laszczyńska M, Bażydło M i wsp. Ocena zachowań zdrowotnych mężczyzn po 40 roku życia. *Probl Hig Epidemiol* 2014, 95(3): 659-666.
11. Kawada T. Factors affecting mental health status in medical students: methodological validity. *Public Health* 2016, 139: 241-242.
12. Ślusarska B, Zarzycka D, Wrońska I. Zróżnicowanie behawioralnych czynników zdrowia wśród studentów zależne od wybranych wskaźników społeczno-demograficznych i środowiskowo-kulturowych. *J Educ Health Sport* 2015, 5(2): 99-108.
13. Zalewska-Puchała J, Majda A, Bożek J. Zachowania zdrowotne studentów pochodzących z Norwegii studiujących w Polsce. *Probl Pielęg* 2014, 22(2): 196-201.
14. Kardjalik K, Bryła M, Maniecka-Bryła I. Zachowania zdrowotne związane z odżywianiem oraz występowaniem nadwagi i otyłości w grupie studentów. *Probl Hig Epidemiol* 2012, 93(1): 71-79.
15. Chomyszyn-Gajewska M, Cabała A, Virtanen J. Postawy i zachowania zdrowotne studentów stomatologii Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum wobec palenia tytoniu. *Prz Epidemiol* 2012, 66(1): 127-132.
16. Hatzenbuehler ML, Jun HJ, Corliss HL, Austin SB. Structural stigma and cigarette smoking in a prospective cohort study of sexual minority and heterosexual youth. *Ann Behav Med* 2014, 47(1): 48-56.
17. Wojtyła-Buciora P, Stawińska-Witoszyńska B, Wojtyła K, et al. Assessing physical activity and sedentary lifestyle behaviours for children and adolescents living in a district of Poland. What are the key determinants for improving health? *Ann Agric Environ Med* 2014, 21(3): 606-612.
18. Zalewska-Puchała J, Majda A, Bożek J. Zachowania zdrowotne studentów pochodzących z Norwegii studiujących w Polsce. *Probl Pielęg* 2014, 22(2): 196-201.
19. Smoleń E, Cipora E, Penar-Zadarko B, Gazdowicz L. Wybrane zachowania zdrowotne młodzieży akademickiej a umiejscowienie kontroli zdrowia. *Prz Med Uniw Rzesz Inst Leków* 2012, 4: 474-484.
20. Stawarz B, Lewicka M, Sulima M, et al. Health locus of control as perceived by students in Podkarpacie province. *J Publ Health Nurs Med Rescue* 2013, 1: 20-24.
21. Smith LH, Petosa RL. A structured peer-mentoring method for physical activity behavior change among adolescents. *J Sch Nurs* 2016, 32(5): 315-323.
22. Ponczek D, Olszowy I. Styl życia młodzieży i jego wpływ na zdrowie. *Probl Hig Epidemiol* 2012, 93(2): 260-268.
23. Gębka D, Kędziora-Kornatowska K. Korzyści z treningu zdrowotnego u osób w starszym wieku. *Probl Hig Epidemiol* 2012, 93(2): 256-259.
24. Woźniak M, Brukwicka I, Kopański Z i wsp. Związki stylu życia ze zdrowiem. *J Clin Healthcare* 2015, 4: 4-9.
25. Ma J, Wang X, Gao M, et al. Effect of smoking status on coronary artery disease among Chinese post-menopausal women. *Intern Emerg Med* 2016, 11(4): 529-535.
26. Glover M, Kira A, Cowie N, et al. Health consequences of tobacco use for Māori – cessation essential for reducing inequalities in health. *N Z Med J* 2013, 126(1379): 60-73.
27. Kurowska K, Krakowiecka K. Zachowania zdrowotne a umiejscowienie kontroli zdrowia u osób po przebytym udarze mózgu. *Geriatrics* 2014, 8: 13-21.
28. Lunner-Kolstrup C, Kallioniemi M, Lundqvist P, et al. International perspectives on psychosocial working conditions, mental health, and stress of dairy farm operators. *J Agromedicine* 2013, 18(3): 244-255.
29. Denys K, Denys P, Macander M, Zboralski K. Jakość życia, akceptacja choroby i poczucie kontroli zdrowia u pacjentów z przewlekłymi schorzeniami narządu ruchu podczas procesu rehabilitacji. *Pol Merkuriusz Lek* 2015, 38(225): 155-158.
30. Fiszer K, Sobów T. Związek umiejscowienia kontroli zdrowia z depresyjnością wśród studentów uczelni medycznej. *Med Og Nauk Zdr* 2013, 19(3): 294-299.
31. Łatka J, Majda A, Pyrz B. Dyspozycyjny optymizm a zachowania zdrowotne pacjentów z chorobą nadciśnieniową. *Probl Pielęg* 2013, 21(1): 21-28.
32. Zadworna-Cieślak M, Ogińska-Bulik N. Zachowania zdrowotne osób w wieku senioralnym – rola optymizmu. *Psychogeriatr Pol* 2013, 10(4): 145-156.
33. Bator KB. Wiedza żywieniowa pracowników ochrony zdrowia. *Piel Zdr Publ* 2017, 7(3): 177-187.
34. Cianciara D. Społeczny wymiar żywienia – zadania dla promocji zdrowia w Polsce. *Hygeia Public Health* 2011, 46(1): 21-24.
35. Janowski M, Rasińska R. Wybrane zachowania zdrowotne pracowników ochrony zdrowia. *Piel Pol* 2015, 2(56): 164-169.
36. Zarzeczna-Baran M, Wojdak-Haasa E. Wiedza studentów akademii medycznej w Gdańsku o niektórych elementach stylu życia. *Probl Hig Epidemiol* 2007, 88(1): 55-59.
37. Ślusarska B, Kulik TB, Piasecka H, Pacian A. Wiedza i zachowania zdrowotne studentów medycyny w zakresie czynników ryzyka sercowo-naczyniowego. *Med Og Nauk Zdr* 2012, 18(1): 19-26.
38. Sochocka L, Wojtyłko A, Grad I, Kiliś-Pstrusińska. Sposób odżywiania pracowników ochrony zdrowia na przykładzie studentów studiów niestacjonarnych PMWSZ w Opolu. *Piel Zdr Publ* 2012, 2(2): 109-112.
39. Muszałik M, Kędziora-Kornatowska K, Marzec A, Klawe J. Analiza zachowań zdrowotnych, samooceny oraz zagrożeń zdrowia pielęgniarek studiujących zaocznie. *Probl Hig Epidemiol* 2007, 88(3): 354-359.
40. Juczyński Z. Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia – MHCL KA Wallston, BS Wallston, R DeVellis. [w:] Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Juczyński Z (red). Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2009: 110-116.
41. Juczyński Z. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych – IZZ. [w:] Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Juczyński Z (red). Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2009: 81-88.
42. Nowicki GJ, Ślusarska B, Młynarska M i wsp. Umiejscowienie kontroli zdrowia a deklarowane zachowania zdrowotne w grupie osób wykonujących zawody medyczne i pozamedyczne. *Pol Prz Nauk Zdr* 2017, 1(50): 38-48.
43. Bogdan W, Witko D, Pilarczyk-Wróblewska I, Bogdan K. Wybrane zachowania zdrowotne wśród studentów I roku pielęgniarstwa i ratownictwa Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. *Piel Pol* 2015, 1(55): 11-18.
44. Walentukiewicz A, Łysak A, Wilk B. Zachowania zdrowotne studentek pielęgniarstwa. *Probl Pielęg* 2013, 21(4): 484-488.

45. Rasińska R, Nowakowska I. Postrzeganie zdrowia przez pielęgniarki po czterdziestym roku życia. *Piel Pol* 2014, 2(52): 111-116.
46. Seń M, Zacharczuk A, Lintowska A. Zachowania żywieniowe studentów wybranych uczelni wrocławskich a wiedza na temat skutków zdrowotnych nieprawidłowego żywienia. *Piel Zdr Publ* 2012, 2(2): 113-123.
47. Myszowska-Ryciak J, Kraśniewska A, Harton A, Gajewska D. Porównanie wybranych zachowań żywieniowych studentek Akademii Wychowania Fizycznego i Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie. *Probl Hig Epidemiol* 2011, 92(4): 931-934.
48. Lipka A, Janiszewski M, Musiałek M, Dłużniewski M. Studenci medycyny a zdrowy styl życia. *Pedagog Społ* 2015, 2(56): 189-203.
49. Lewtak K. Zachowania zdrowotne lekarzy rodzinnych w relacji do samooceny ich zdrowia. *Zdr Publ* 2008, 118(1): 8-14.
50. Gacek M. Zachowania żywieniowe i aktywność fizyczna w grupie lekarzy. *Probl Hig Epidemiol* 2011, 92(2): 254-259.
51. Cymerys M, Andrzejewska M, Nowicki M i wsp. Nawyki żywieniowe lekarzy oraz osób z wyższym wykształceniem niemedyчным – analiza porównawcza. *Endokrynol Otył Zab Przem Mat* 2009, 5(3): 141-142.
52. Romanowska-Tołoczko A. Styl życia studentów oceniany w kontekście zachowań zdrowotnych. *Hygeia Public Health* 2011, 46(1): 89-93.
53. Palacz J. Zachowania zdrowotne studentów w świetle wybranych uwarunkowań. *Med Og Nauk Zdr* 2014, 20(3): 301-306.
54. Niedźwiedzka M, Grzybowski A. Sposób żywienia wybranej grupy lekarzy. *Probl Hig Epidemiol* 2011, 92(4): 973-976.
55. Gawęł G, Kin J, Twarduś K, Mysłowska Z. Subiektywna ocena stanu zdrowia pielęgniarek. *Probl Pielęg* 2006, 1-2: 132-135.
56. Gawęł G, Kin J, Twarduś K, Papała E. Zachowania prozdrowotne pielęgniarek. *Probl Pielęg* 2006, 1-2: 137-140.
57. Zagroba M, Kulikowska A, Marcysiak M i wsp. Aktywność fizyczna pielęgniarek. *Probl Pielęg* 2010, 18(3): 329-336.
58. Kassa MD, Grace J. Healthcare professional's utilization of physical exercise as a strategy to prevent NCDs in Ethiopian Public Sector Hospitals. *J Health Educ Res Dev* 2018, 6(1): 243.
59. Fie S, Norman IJ, While AE. The relationship between physicians' and nurses' personal physical activity habits and their health-promotion practice: a systematic review. *Health Educ J* 2013, 72(1): 102-119.
60. Teferi G, Kumar H, Singh P. Physical activity prescription for non-communicable diseases: practices of healthcare professionals in hospital setting, Ethiopia. *IOSR J Sports Phys Educ* 2017, 4(1): 54-60.
61. Aslesh OP, Mayamol P, Suma RK, et al. Level of physical activity in population aged 16 to 65 years in Rural Kerala, India. *Asia Pac J Public Health* 2016, 28(suppl 1): 53S-61S.
62. Hidalgo KD, Mielke GI, Parra DC, et al. Health promoting practices and personal lifestyle behaviors of Brazilian health professionals. *BMC Public Health* 2016, 16(1): 1114.
63. Paudel S, Bahadur KGC, Bhandari DB, et al. Health related lifestyle behaviors among undergraduate medical students in Patan Academy of Health Sciences in Nepal. *J Biosci Med* 2017, 5(9): 43-53.
64. Ślusarska B, Nowicki G. Zachowania zdrowotne w profilaktyce chorób układu krążenia wśród osób pracujących. *Probl Hig Epidemiol* 2010, 91(1): 34-40.
65. Dorner TE, Stronegger WJ, Hoffmann K, et al. Socio-economic determinants of health behaviours across age groups: results of a cross-sectional survey. *Wien Klin Wochenschr* 2013, 125(9-10): 261-269.