

Joanna Miniszewska¹, Emilia Kręcejewska², Elektra Szymańska-Garbacz³

¹Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Psychologii, Uniwersytet Łódzki

²Środowiskowy Dom Samopomocy typu B w Warszawie

³Klinika Chorób Zakaźnych i Chorób Wątroby, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Przekonanie o posiadanej kontroli a podejmowanie zachowań zdrowotnych w grupach adolescentów z cukrzycą typu 1 oraz z nadmierną masą ciała

The belief of control and engagement in health related behaviours in the groups of adolescents with type 1 diabetes and excess body weight

Artykuł jest tłumaczeniem pracy:

Miniszewska J, Kręcejewska E, Szymańska-Garbacz E. The belief of control and engagement in health related behaviours in the groups of adolescents with type 1 diabetes and excess body weight. *Clin Diabetol* 2016; 5, 5: 152–158. DOI: 10.5603/DK.2016.0027.

Należy cytować wersję pierwotną.

STRESZCZENIE

Wstęp. Celem prezentowanych badań jest oszacowanie poziomu zachowań zdrowotnych wśród adolescentów z cukrzycą typu 1 i otyłością oraz określenie zależności zachodzących między umiejscowieniem kontroli a nasileniem wybranych zachowań prozdrowotnych wśród badanych osób.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono z udziałem pacjentów Poradni Diabetologicznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 w Łodzi oraz Poradni Leczenia Otyłości i Chorób Metabolicznych w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi. Wiek badanych mieścił się w przedziale od 12 do 20 lat. Do pomiaru zmiennych zastosowano trzy metody: Inwentarz Zachowań Zdrowotnych, Kwestionariusz do Pomiaru Umiejscowienia Kontroli „Delta” oraz ankietę własnej konstrukcji.

Wyniki. Wyniki badań wskazują między innymi, że badane młode osoby, chore na cukrzycę typu 1 bądź otyłość, nie angażują się w zachowania zdrowotne intensywniej niż osoby zdrowe, mimo że dominuje

u nich przekonanie o posiadaniu wpływu na własne życie (wewnętrzna lokalizacja kontroli). Ponadto silna potrzeba aprobaty społecznej wiąże się w badanych grupach z poziomem zachowań zdrowotnych, co może sugerować, że i tak przeciętny poziom zachowań zdrowotnych wynika z chęci pokazania się w lepszym świetle.

Słowa kluczowe: zachowania zdrowotne, umiejscowienie kontroli, nadmierna masa ciała, cukrzyca

ABSTRACT

Introduction. The aim of this study is to assess the level of health-related behaviours among adolescents with type 1 diabetes and excess body weight, and the correlation occurring between the locus of control and the intensity of selected health-related behaviours among the respondents.

Material and methods. The study was conducted among patients of the Diabetes Clinic of the University Clinical Hospital No. 1 in Lodz and the Outpatient Clinic for Obesity Prevention and Therapy, Polish Mother's Memorial Hospital — Research Institute in Lodz. The age of the patients ranged from 12 to 20. The measurement of the variables was done utilising three methods: the Health Behaviour Inventory (IZZ),

Adres do korespondencji:

dr n. hum. Joanna Miniszewska

Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Psychologii, Uniwersytet Łódzki

e-mail: aysa@poczta.onet.pl

Nadesłano: 27.09.2016

Przyjęto do druku: 02.01.2017

the Delta questionnaire to measure the locus of control and a survey of the author's own design.

Results. The results indicate, inter alia, that the surveyed young people suffering from type 1 diabetes or excess body weight do not engage in health-related behaviours more intensely than healthy individuals, though, the belief of having influence on their lives (the internal locus of control) dominates among them. What is more, a strong need for social approval is correlated, in the study groups, with the level of health-related behaviours, which can suggest that the average level of health-related behaviours stems from a desire to present oneself in a best possible light.

Conclusion. Young people with type 1 diabetes and people with excess body weight present a comparable, unfortunately only average, level of health-related behaviours. Results suggest that the respondents probably tried to present themselves in a best possible light and the outcomes obtained, not higher than average, can be overstated, as compared with the actual level of health-related behaviours.

Key words: health behaviours, locus of control, excess body weight, diabetes

Wstęp

Kompleksowe leczenie chorób przewlekłych wymaga modyfikacji stylu życia oraz wprowadzenia nowych zachowań prozdrowotnych [1, 2]. W leczeniu cukrzycy typu 1, jak również w działaniach mających na celu redukcję nadmiernej masy ciała zalecenia prozdrowotne dotyczą przede wszystkim sposobu odżywiania się oraz podejmowania regularnego wysiłku fizycznego. Uznaje się bowiem, iż wymienione zachowania mogą bezpośrednio wpływać na stan zdrowia (przez np. obniżenie poziomu glukozy we krwi) oraz zmniejszać zagrożenie rozwoju poważnych powikłań [3–9].

We współczesnych modelach wyjaśniających zachowania człowieka podkreśla się znaczenie indywidualnych czynników, warunkujących inicjowanie działania oraz jego kontynuowanie pomimo istniejących trudności. Jednym z takich czynników jest podmiotowa lokalizacja kontroli [9–12]. Umieszczenie kontroli, rozumiane jako jeden z wymiarów osobowości człowieka, odnosi się do sposobu, w jaki jednostka spostrzega przyczynowość związku między własnym zachowaniem a jego następstwami [1, 7, 9, 13–16]. Opracowano również, na podstawie psychologii zdrowia, szczegółowy zakres umiejscowienia kontroli, odnoszący się bezpośrednio do zdrowia, czyli umiejscowienie kontroli zdrowia (*health locus of control*), które wyjaśnia, w jaki sposób lokalizacja kontroli wpływa na działania zdrowotne człowieka.

Wyróżnia się trzy typy umiejscowienia kontroli zdrowia, tj. wewnętrzne (czyli przekonanie o tym, iż samemu można wpływać na swoje zdrowie i że zdrowie zależy od własnych działań), zewnętrzne (będące przekonaniem o tym, że tylko inni ludzie, np. personel medyczny, mogą decydować o zdrowiu człowieka) oraz przypadek (to, czy człowiek zachoruje czy też nie, jest po prostu wynikiem zbiegu okoliczności). Większość wyników badań poświęconych problematyce relacji zachowań zdrowotnych oraz lokalizacji poczucia kontroli dowodzi, iż wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia sprzyja zdrowiu, gdyż powoduje przyjmowanie większej za nie odpowiedzialności. Istnieją również badania wskazujące, iż poszczególne typy umiejscowienia kontroli zdrowia mogą być bardziej sprzyjające w jednych okolicznościach, a szkodliwe w innych. Podczas inicjowania nowych zachowań korzystniejsze okazuje się przekonanie o wewnętrznej lokalizacji kontroli, w sytuacji chorób przewlekłych dobre efekty dla poprawy stanu zdrowia przynosi zwykle przekonanie o decydującym wpływie personelu medycznego, natomiast silna wewnętrzna kontrola może wręcz szkodzić [9, 17]. Jednak okazuje się, że samo umiejscowienie kontroli zdrowia w niewielkim stopniu pozwala przewidywać nasilenie zachowań zdrowotnych, gdyż ważną rolę czynnika pośredniczącego pełni między innymi wartościowanie zdrowia. Dowiedziono, iż w grupach, które nie uznają stanu zdrowia za istotną wartość w swoim życiu, na przykład wśród osób młodych czy uznających się generalnie za zdrowe, wewnętrzne umiejscowienie kontroli nie wpływa na większą częstość podejmowania zachowań zdrowotnych [18]. Z tego względu w prezentowanych analizach odwołano się nie do specyficznego umiejscowienia kontroli zdrowia, ale do zgeneralizowanego umiejscowienia kontroli.

Cel badań

Podejmowanie zachowań zdrowotnych przez osoby ze schorzeniami somatycznymi jest warunkiem uzyskania względnej autonomii i zmniejszenia ryzyka powikłań. Angażowanie się w zachowania sprzyjające zdrowiu może spowolnić postęp procesów chorobowych oraz zapobiec występowaniu nawrotów [19–21]. Podkreśla się również znaczenie zachowań zdrowotnych w prewencji zachorowalności i śmiertelności [19–21]. Tak więc poszukiwanie czynników mogących zwiększać prawdopodobieństwo zaangażowania się w zachowania sprzyjające zdrowiu jest niezwykle ważne. Ich zidentyfikowanie może posłużyć do konstrukcji programów wspierających standardowe postępowanie terapeutyczne.

W prezentowanych badaniach podjęto próbę:

- oszacowania poziomu zachowań zdrowotnych w badanych grupach, tj. wśród młodzieży z cukrzycą typu 1 oraz wśród młodzieży z nadmierną masą ciała;

- oszacowania nasilenia umiejscowienia kontroli w badanych grupach;
- odpowiedzi na pytanie, czy zgeneralizowane poczucie umiejscowienia kontroli wiąże się z podejmowaniem zachowań zdrowotnych, a jeżeli tak, to jak wygląda charakter tej zależności.

Na podstawie literatury podmiotu postawiono następujące hipotezy:

- młode osoby chore na cukrzycę typu 1 i osoby otyłe charakteryzują się wyższym niż przeciętnym poziomem zachowań zdrowotnych;
- w badanych grupach dominuje wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia;
- wewnętrzna kontrola zdrowia wiąże się z częstszym podejmowaniem zachowań zdrowotnych w badanych grupach.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono na grupie 64 osób, będących pacjentami Poradni Diabetologicznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 w Łodzi oraz Poradni Leczenia Otyłości i Chorób Metabolicznych w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi (tab. 1). Połowa z nich miała zdiagnozowaną cukrzycę typu 1, natomiast druga część leczyła się z powodu nadmiernej masy ciała (średnia wartość wskaźnika BMI dla tej grupy to $M = 30,5$; $SD = 5,42$; $Min = 25,4$; $Max = 46,7$). Do badania kwalifikowano tylko te osoby, które nie spełniały jednocześnie kryteriów otyłości i cukrzycy. Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji ds. Bioetyki Badań Naukowych Uniwersytetu Łódzkiego (nr KBBN/II/15/2013). Uczestnicy zostali poinformowani o celu, przedmiocie i przebiegu badania oraz wyrazili na nie zgodę.

Zastosowano następujące narzędzia:

- Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) Juczyńskiego. Kwestionariusz składa się z 24 pozycji dotyczących różnych rodzajów zachowań zdrowotnych. Narzędzie pozwala ustalić ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych oraz stopień nasilenia czterech

kategorii tych zachowań: prawidłowego żywienia (m.in. spożywanie owoców, warzyw i pełnoziarnistego pieczywa), zachowań profilaktycznych (przestrzeganie zaleceń i uzyskiwanie informacji na temat zdrowia i choroby), praktyk zdrowotnych (codzienne nawyki dotyczące snu i wypoczynku oraz aktywności fizycznej); pozytywnego nastawienia psychicznego (unikanie silnych emocji, stresów, sytuacji wpływających przygnębiająco). Inwentarz posiada satysfakcjonujące właściwości psychometryczne [22];

- Kwestionariusz do Pomiaru Poczucia Kontroli „Delta” Drwała. Narzędzie mierzy zgeneralizowane poczucie kontroli, ujmowane jako wymiar osobowości. W jego skład wchodzi 24 zdania twierdzące, które badany ocenia jako prawdziwe lub fałszywe. Spośród wszystkich twierdzeń, 14 należy do Skali LOC, określającej umiejscowienie poczucia kontroli jako wewnętrzne (wyniki wysokie) lub zewnętrzne (wyniki niskie). Natomiast pozostałe 10 tworzy Skalę K (kłamstwa). Wysoki wynik na tej skali świadczy o tendencji badanego do przedstawiania się w nadmiernie korzystnym świetle. Analizy statystyczne Skali LOC kwestionariusza *Delta* wykazały, iż posiada ona rzetelność i trafność wystarczającą do stosowania w badaniach zbiorowych i porównaniach międzygrupowych [13];
- ankieta konstrukcji własnej — zawierająca metryczkę, pytania dotyczące chorowania na cukrzycę typu 1 — czas trwania choroby, metody leczenia oraz część dotyczącą zachowań zdrowotnych — poziom aktywności fizycznej w ciągu tygodnia, rodzaje spożywanych posiłków oraz picie alkoholu i palenie papierosów.

Wyniki

Poziom zachowań zdrowotnych

Pierwszym etapem analizy uzyskanych wyników było oszacowanie poziomu prezentowanych zachowań

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy

	Grupa chorująca na cukrzycę		Grupa z nadmierną masą ciała		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Płeć						
Chłopcy	15	47	13	41	28	56
Dziewczęta	17	53	19	59	36	47
Wiek	Lata		Lata		Lata	
Średnia	15		16		16	
Min	12		12		12	
Max	20		20		20	
Dominanta	14	25	19	19	14	17
Mediana	15		17			

Tabela 2. Nasilenie zachowań zdrowotnych i jego komponentów w badanych grupach

Zachowania zdrowotne	Grupa chorująca na cukrzycę typu 1 (n = 32)		Grupa z nadmierną masą ciała (n = 32)		t	p
	M	SD	M	SD		
Ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych	84,69	11,96	84,91	13,219	0,01	0,992
Pozytywne nawyki żywieniowe	3,49	0,81	3,79	0,77	1,49	0,141
Zachowania profilaktyczne	3,51	0,66	3,37	0,84	0,75	0,458
Pozytywne nastawienie psychiczne	3,57	0,58	3,50	0,67	0,40	0,693
Praktyki zdrowotne	3,54	0,56	3,46	0,66	0,51	0,612

Tabela 3. Nasilenie zachowań pro- i antyzdrowotnych w badanych grupach

	Grupa chorująca na cukrzycę typu 1 (n = 32)		Grupa z nadmierną masą ciała (n = 32)		t	p
	M	SD	M	SD		
Zachowania prozdrowotne	22,06	2,92	21,69	3,61	0,46	0,649
Aktywne spędzanie wolnego czasu	3,25	0,80	2,72	0,77	2,70	0,009
Spożywanie owoców i warzyw	4,34	0,60	4,19	0,93	0,80	0,428
Spożywanie ryb	2,66	0,70	2,84	0,85	-0,97	0,338
Spożywanie drobiu	3,66	0,79	3,63	1,10	0,13	0,896
Spożywanie ciemnego pieczywa	3,78	1,31	3,75	1,39	0,09	0,927
Picie niegazowanej wody	4,38	1,16	4,56	1,01	-0,69	0,493
Zachowania antyzdrowotne	15,50	3,33	13,94	3,77	1,76	0,084
Picie napojów gazowanych	2,84	1,44	2,44	1,41	1,14	0,259
Spożywanie słodczy	3,44	1,11	2,66	1,10	2,84	0,006
Spożywanie słonych przekąsek	2,75	1,16	2,25	1,05	1,81	0,076
Palenie papierosów	1,38	0,91	1,31	0,70	0,31	0,758
Picie alkoholu	1,44	0,76	1,59	0,88	-0,76	0,448

wań zdrowotnych. Otrzymane wyniki przedstawiono w tabeli 2.

Okazało się, że adolescenty chorzy na cukrzycę typu 1 oraz posiadający nadwagę lub otyłość nie różnili się między sobą pod względem poszczególnych rodzajów zachowań zdrowotnych. Uzyskane średnie wyniki ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych zarówno wśród osób z cukrzycą, jak i z nadmierną masą ciała mieszczą się w zakresie wyników przeciętnych (tj. odpowiadających wartości 6 stena¹, zgodnie z normami podawanymi za Juczyńskim [22]). Średnie wartości poszczególnych wymiarów Inwentarza Zachowań Zdrowotnych są w badanej grupie niższe od wartości uzyskanych przez dorosłych diabetyków w badaniach Juczyńskiego [22], wyższe natomiast w porównaniu

z wynikami uzyskanymi przez Zadworną-Cieślak i Ogińską-Bulik [23] w populacji zdrowej młodzieży w wieku 17–19 lat.

W tabeli 3 przedstawiono średni poziom zachowań prozdrowotnych i antyzdrowotnych dla badanych grup, ustalony na podstawie wyników ankiety własnej konstrukcji.

Nie zaobserwowano istotnych różnic w ogólnym poziomie zachowań pro- i antyzdrowotnych między młodzieżą z nadmierną masą ciała i młodzieżą z cukrzycą typu 1. Badane grupy różnią się jednak pod względem pewnych rodzajów zachowań. Adolescenty z cukrzycą istotnie częściej podejmują aktywność fizyczną w czasie wolnym ($p < 0,01$). Jednocześnie częściej spożywają słodczy ($p < 0,01$) oraz słone przekąski (wynik ten nie jest jednak statystycznie istotny).

Wyniki przeprowadzonej analizy wskazują, iż średni poziom zachowań zdrowotnych w badanej grupie dziewcząt i chłopców różni się istotnie statystycznie ($p < 0,001$). Różnice dotyczą ogólnego wskaźnika

¹Sten jest jednostką skali testu psychologicznego, znormalizowanej w taki sposób, aby średnia w populacji wynosiła 5,5, a odchylenie standardowe 2. Skala składa się z 10 jednostek (*standard ten*) [Hornowska E. Testy psychologiczne: teoria i praktyka. Scholar, Warszawa 2007].

Tabela 4. Średnie i odchylenia standardowe ogólnego poziomu zachowań zdrowotnych i jego komponentów w grupie dziewcząt i chłopców

	Dziewczęta (n = 36)		Chłopcy (n = 28)		t	p
	M	SD	M	SD		
Zachowania zdrowotne	89,11	11,46	79,25	14,78	3,38	0,001**
Pozytywne nawyki żywieniowe	3,90	0,75	3,31	0,74	3,12	0,003*
Zachowania profilaktyczne	3,70	0,70	3,11	0,68	0,37	0,001**
Pozytywne nastawienie psychiczne	3,56	0,51	3,51	0,76	0,30	0,762
Praktyki zdrowotne	3,70	0,57	3,24	0,57	3,21	0,002*

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

Tabela 5. Poczucie umiejscowienia kontroli (LOC) w badanych grupach

Umiejscowienie kontroli	Grupa chorująca na cukrzycę (n = 32)		Grupa z nadmierną masą ciała (n = 32)		t	p
	M	SD	M	SD		
Wewnętrzne LOC	10,09	2,89	9,12	2,71	1,38	0,171
Zewnętrzne LOC	3,91	2,89	4,88	2,71	-1,38	0,171
„Skala Kłamstwa”	2,62	1,62	2,41	1,56	0,55	0,585

zachowań zdrowotnych oraz jego trzech komponentów: pozytywnych nawyków żywieniowych ($p < 0,01$), zachowań profilaktycznych ($p < 0,001$) i praktyk zdrowotnych ($p < 0,01$). Badane dziewczęta częściej niż chłopcy angażują się w wymienione zachowania prozdrowotne, natomiast badana młodzież obu płci nie różni się między sobą pod względem pozytywnych nastawień psychicznych ($p > 0,05$) (tab. 4).

Lokalizacja kontroli

Kolejny etap analiz to sprawdzenie nasilenia poszczególnych wymiarów umiejscowienia kontroli w badanych grupach. Okazało się, że badane grupy adolescentów nie różnią się między sobą pod względem poczucia umiejscowienia kontroli ($p > 0,05$). W obydwu grupach dominuje wewnętrzne umiejscowienie kontroli. Uzyskane wyniki przedstawiono w tabeli 5.

Wyniki uzyskane w Kwestionariuszu Delta wskazują, iż średnie nasilenie wewnętrznego poczucia umiejscowienia kontroli w obu badanych grupach mieści się w granicach wyników wysokich, natomiast średnie nasilenie zewnętrznego LOC w granicy wyników niskich. W obu grupach uzyskany wynik w Skali Kłamstwa znajduje się na poziomie wyników przeciętnych.

Umiejscowienie kontroli a nasilenie zachowań zdrowotnych

Ostatni etap analizy wyników miał na celu sprawdzenie wzajemnych zależności między umiejscowieniem kontroli a nasileniem zachowań zdrowotnych

w badanych grupach (tab. 6). I tak, w grupie młodzieży z cukrzycą nie zaobserwowano istotnych zależności między umiejscowieniem kontroli a zachowaniami zdrowotnymi. Wykazano natomiast umiarkowaną, dodatnią korelację między skalą kłamstwa a ogólnym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych, pozytywnymi nawykami żywieniowymi, zachowaniami profilaktycznymi oraz zachowaniami prozdrowotnymi. Sugeruje to, iż młodzież w tej grupie mogła, ze względu na wysoką potrzebę aprobaty społecznej, starać się przedstawić w lepszym świetle. Możliwe, że wyniki w zakresie wymienionych typów zachowań zdrowotnych są zawyżone.

Wśród młodzieży z nadmierną masą ciała poczucie wewnętrznego umiejscowienia kontroli korelowało dodatnio z zachowaniami prozdrowotnymi. Innymi słowy, im większe przekonanie o posiadaniu wpływu, tym częstsze angażowanie się w zachowania zdrowotne. Jednocześnie stwierdzono, iż wyniki w skali kłamstwa korelują dodatnio z ogólnym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych, a także z zachowaniami profilaktycznymi. Wszystkie wymienione zależności mają siłę umiarkowaną.

Dyskusja

Młode osoby z cukrzycą typu 1 oraz osoby z nadmierną masą ciała wykazują, wbrew naszym oczekiwaniom, zaledwie przeciętne nasilenie zachowań zdrowotnych oraz nie różnią się między sobą pod względem prezentowanego poziomu zachowań zdrowotnych. Podobne wyniki uzyskali w swoich

Tabela 6. Zależności między poczuciem umiejscowienia kontroli (LOC) a zachowaniami zdrowotnymi

Grupa chorująca na cukrzycę	Ogólny wskaźnik	Pozytywne	Zachowania	Pozytywne	Praktyki	Zachowania	Zachowania
	zachowań	nawyki	profilaktyczne	nastawienie	zdrowotne	prozdrowotne	antyzdrowotne
	zdrowotnych	żywniowe		psychiczne			
Wewnętrzne LOC	-0,011	-0,106	0,290	-0,080	-0,159	0,156	0,216
Zewnętrzne LOC	0,011	0,106	-0,290	0,080	0,159	-0,156	-0,216
Skala K	0,501**	0,377*	0,392*	0,344	0,429*	0,251	-0,173
Grupa z nadmierną masą ciała							
Wewnętrzne LOC	0,113	0,332	0,152	-0,043	-0,160	0,400*	-0,271
Zewnętrzne LOC	-0,113	-0,332	-0,152	0,043	0,160	-0,400*	0,271
Skala K	0,357*	0,212	0,374*	0,185	0,310	-0,068	-0,226

*Korelacja jest istotna na poziomie 0,05 (dwustronnie); **korelacja jest istotna na poziomie 0,01 (dwustronnie)

badaniach Janowski i wsp. [1] — badane przez nich grupy chorych również nie różniły się pod względem nasilenia zachowań zdrowotnych. Analiza wyników uzyskanych w kwestionariuszu IZZ wskazuje, iż młode osoby z nadmierną masą ciała najsilniej koncentrują się na właściwych nawykach żywieniowych, a osoby z cukrzycą na pozytywnym nastawieniu psychicznym, zachowaniach profilaktycznych i praktykach zdrowotnych. Można przypuszczać, iż osoby z obu grup skupiają większą uwagę na tych rodzajach zachowań, które są bezpośrednio związane z ich obecnym stanem zdrowia. Osoby z otyłością starają się zdrowo odżywiać, natomiast chorzy na cukrzycę dążą do lepszego radzenia sobie z negatywnymi emocjami, głównie z lękiem związanym z chorobą, a także częściej kontaktują się z lekarzem, aby kontrolować przebieg leczenia. Stosują oni również częściej różnorodne praktyki zdrowotne, co wskazuje, iż dbają o swoje zdrowie w sposób bardziej holistyczny (m.in. stosują właściwą higienę snu, unikają przeziębień i przepracowania).

Na podstawie odpowiedzi udzielonych w ankiecie, dotyczącej częstości spożywania określonych produktów spożywczych, powszechnie uznawanych za zdrowe lub niezdrowe, można stwierdzić, iż młodzież z cukrzycą mniej rygorystycznie przestrzega zaleceń dietetycznych niż osoby z nadmierną masą ciała. Osoby otyłe rzadziej sięgają po słodkie oraz słone przekąski niż ich rówieśnicy chorujący na cukrzycę typu 1. Wyniki te są spójne z rezultatami innych badań. Wykazano, iż młodzież z nadmierną masą ciała, na skutek zwiększonego zainteresowania tematem diet i odchudzania, posiada większy zasób wiedzy o zasadach prawidłowego odżywiania się i również częściej się do nich stosuje niż rówieśnicy o prawidłowej masie ciała [24, 25]. Niska skuteczność w redukowaniu masy ciała jest według autorów związana z występowaniem innych

niekorzystnych nawyków żywieniowych, takich jak: nieregularność posiłków lub niespożywanie śniadań [24]. Wyniki dotyczące aktywności fizycznej wskazują, iż diabeicy poświęcają więcej wolnego czasu na aktywny wypoczynek niż osoby z nadwagą i otyłością. Można przypuszczać, że osoby chore na cukrzycę uprawiają sport, gdyż jest to zalecane jako jedna z metod leczenia. Ponadto w badaniach zespołu Małkowskiej-Szkutnik [26] wykazano, iż samoocena własnej sprawności fizycznej jest dla młodzieży z cukrzycą niezwykle ważna i stanowi jeden z wyznaczników poczucia własnej wartości, natomiast wśród osób z nadmierną masą ciała niski poziom aktywności fizycznej jest zarówno ważną przyczyną, jak i skutkiem posiadania nadwagi lub otyłości [27].

Płeć istotnie różnicuje poziom zachowań zdrowotnych wśród młodzieży. Dziewczęta wykazywały istotnie wyższy poziom zachowań zdrowotnych niż chłopcy. Stanowi to potwierdzenie dotychczasowych badań nad zachowaniami zdrowotnymi [23].

Wyniki badań nie ujawniły istotnych różnic między badanymi grupami w zakresie poczucia umiejscowienia kontroli. Wśród badanej młodzieży dominowało, tak jak zakładano, wewnętrzne *locus of control*.

Wartości średnie wskazują, iż w grupie osób z cukrzycą otrzymano wyższy średni poziom wewnętrznego umiejscowienia kontroli niż wśród nastolatków z nadmierną masą ciała. Być może tendencja ta okazałaby się istotna statystycznie, gdyby w badaniu wzięło udział więcej osób.

W grupie z cukrzycą typu 1 wyższy ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych oraz bardziej pozytywne nawyki żywieniowe były związane istotnie statystycznie jedynie z większą potrzebą aprobaty społecznej. Tylko w grupie osób z nadmierną masą ciała zaangażowanie się w zachowania prozdrowotne wiązało się z umiejscow-

wieniem kontroli. Wynik ten jest niegodny z naszymi założeniami i niespójny z wynikami innych doniesień, w których przekonanie o posiadaniu wpływu miało związek zarówno z zachowaniami zdrowotnymi, jak i z przestrzeganiem zaleceń lekarskich w grupach osób z cukrzycą [3, 8, 9]. Chociaż, jak podkreślają Morowatisharifabad i wsp. [9], uzyskany przez nich niski wskaźnik predykcji dla wewnętrznej kontroli sugeruje, iż istotną rolę odgrywają niewątpliwie inne zmienne psychologiczne. Z kolei w badaniach Janowskiego i wsp. [1] nie tylko wewnętrzne, ale i zewnętrzne umiejscowienie kontroli korelowało z podejmowaniem zachowań zdrowotnych. Należy jednak podkreślić, iż w przytaczanych badaniach posługiwano się metodą do badania umiejscowienia kontroli zdrowia. W badaniach Wojtyny [28] to pozytywny nastrój wiązał się z przestrzeganiem zaleceń lekarskich przez chorych na cukrzycę.

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują na niepokojącą tendencję — związek nasilenia zachowań zdrowotnych z potrzebą aprobaty społecznej. Sugeruje to, że tylko przeciętne nasilenie angażowania się w zachowania prozdrowotne może być i tak zawyżone i wynikać z chęci pokazania się w lepszym świetle (*sic!*).

Na koniec należy podkreślić znaczne ograniczenia przeprowadzonego badania. Przede wszystkim badane grupy były niewielkie, co nie pozwoliło na zastosowanie bardziej zaawansowanych analiz statystycznych, które mogłyby wykazać bardziej złożone zależności oraz pozwoliłyby na dokonywanie uogólnień. Poza tym, w grupie młodzieży z nadmierną masą ciała więcej było dziewcząt. Podsumowując, przeprowadzone badania mogą stanowić wstęp do dalszych analiz, z udziałem zarówno większej próby badawczej, jak i rozszerzonego zakresu narzędzi pomiaru. Warto poszukiwać tych zmiennych psychologicznych, które wiążą się z podejmowaniem zachowań zdrowotnych przez osoby z przewlekłymi schorzeniami. Ich znajomość pozwoliłaby na skuteczniejsze oddziaływania terapeutyczne. Do badań kwestionariuszowych warto również podchodzić z ostrożnością — udzielane odpowiedzi mogą być podyktowane chęcią przedstawienia się w lepszym świetle lub mieć charakter życzeniowy.

Wnioski

- Młode osoby z cukrzycą typu 1 oraz osoby z nadmierną masą ciała prezentują porównywalny, niestety tylko przeciętny poziom zachowań zdrowotnych.
- Wśród badanych dominuje silna wewnętrzna kontrola, czyli przekonanie o posiadaniu wpływu na własne życie.
- W grupie osób chorych na cukrzycę typu 1 nie wykazano zależności między umiejscowieniem kontroli a zachowaniami zdrowotnymi.
- Wśród osób z nadmierną masą ciała poczucie wewnętrznej kontroli koreluje dodatnio z zachowaniami prozdrowotnymi — im bardziej badani są przekonani, że mają kontrolę nad własnym życiem, tym częściej deklarują angażowanie się w zachowania zdrowotne.
- W obydwu grupach ujawniły się związki między skalą kłamstwa i ogólnym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych. Takie wyniki sugerują, iż badani prawdopodobnie próbowali przedstawić siebie w lepszym świetle i otrzymane, zaledwie przeciętne, wskaźniki mogą być zawyżone w stosunku do rzeczywistego poziomu zachowań zdrowotnych.

Konflikt interesów

Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

PIŚMIENNICTWO

- Janowski K., Kurpas D., Kusz J., Mroczek B., Jedynek T. Health-Related Behavior, Profile of Health Locus of Control and Acceptance of Illness in Patients Suffering from Chronic Somatic Diseases. *PLoS ONE* 2013; 8: 2–8.
- Larsen P.D. Chronicity. W: Lubkin I.M., Larsen P. (red.). *Chronic illness. Impact and intervention*. Jones & Bartlett Learning, Burlington 2013: 3–22.
- Macrodimitris S.D., Endler N.S. Coping, control, and adjustment in Type 2 diabetes. *Health Psychol.* 2001; 20: 208–216.
- Tatoń J., Czech A. *Diabetologia*. Tom 1, PZWL, Warszawa 2001.
- Mućko P., Kokoszka A., Skłodowska Z. Porównanie stylów radzenia sobie z chorobą, występowania objawów depresyjnych i lękowych oraz lokalizacji poczucia kontroli u chorych na cukrzycę typu 1 i 2. *Diabetol. Prakt.* 2005; 6: 240–249.
- Gillibrand R., Stevenson J. The extended health belief model applied to the experience of diabetes in young people. *Br. J. Health Psychol.* 2006; 11: 155–169.
- Trento M., Tomellini M., Basile M. i wsp. The locus of control in patients with Type 1 and Type 2 diabetes managed by individual and group care. *Diabet. Med.* 2008, 25: 86–90.
- O’Hea E.L., Moon S., Grothe K.B. i wsp. The interaction of locus of control, self-efficacy, and outcome expectancy in relation to HbA1c in medically underserved individuals with type 2 diabetes. *J. Behav. Med.* 2009, 32: 106–117.
- Morowatisharifabad M.A., Mahmoodabad S.S.M., Baghianimoghadam M.H. i wsp. Relationships between locus of control and adherence to diabetes regimen in a sample of Iranians. *Int. J. of Diabetes DEV C* 2010; 30: 27–32. doi:10.4103/0973-3930.60009.
- Heszen I., Sęk H. *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- Helmer S.M., Kramer A., Mikolajczyk R.T. Health-related locus of control and health behaviour among university students in North Rhine Westphalia, Germany. *BMC Res Notes* 2012; 5: 703.
- Berglund E., Lytsy P., Westerling R. The influence of locus of control on self-rated health in context of chronic disease: a structural equation modeling approach in a cross sectional study *BMC Public Health* 2014; 14: 492 doi:10.1186/1471-2458-14-492.
- Drwal R.Ł. Opracowanie kwestionariusza Delta do pomiaru poczucia kontroli. *Studia Psychologiczne* 1979; XVIII/1: 67–83.
- Drwal R.Ł. Poczucie kontroli jako wymiar osobowości — podstawy teoretyczne, techniki badawcze i wyniki badań. W: Drwal R.Ł. (red.). *Adaptacja kwestionariuszy osobowości*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1995: 199–226.

15. Łuszczżyńska A. Zmiana zachowań zdrowotnych. GWP, Gdańsk 2004.
16. Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. Osobowość, stres a zdrowie. Difin, Warszawa 2010: 45–221.
17. Miniszewska J., Juczyński Z., Ograczyk A., Zalewska A. Health-related Quality of Life in Psoriasis: Important Role of Personal Resources. *Acta Derm. Venereol.* 2013; 93: 551–556.
18. Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2009.
19. Marteau T.M., Hollands G.J., Fletcher P.C. Changing human behavior to prevent disease: the importance of targeting automatic processes. *Science* 2012; 337: 1492–1495.
20. Bogg T., Roberts B.W. Conscientiousness and health-related behaviors: a meta-analysis of the leading behavioral contributors to mortality. *Psychol. Bull.* 2004; 130: 887–919.
21. Burke V., Zhao Y., Lee A.H. i wsp. Health-related behaviours as predictors of mortality and morbidity in Australian Aborigines. *Prev. Med.* 2007; 44: 135–142.
22. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2001.
23. Zadworna-Cieślak M., Ogińska-Bulik N. Zachowania zdrowotne młodzieży — uwarunkowania podmiotowe i rodzinne. Wydawnictwo Difin, Warszawa 2011.
24. Jodkowska M., Oblacińska A., Tabak I. i wsp. Differences in dietary patterns in overweight and normal-weight adolescents. *Med. Wieku Rozw.* 2011; 15: 266–273.
25. Stankiewicz M., Pieszko M., Śliwińska A. i wsp. Występowanie nadwagi i otyłości oraz wiedza i zachowania zdrowotne dzieci i młodzieży małych miast i wsi — wyniki badania Polskiego Projektu 400 Miast. *Endokrynol. Otyłość* 2012; 6: 59–66.
26. Małkowska-Szkutnik A., Gajewski J., Mazur J. i wsp. Predykatory poczucia własnej wartości nastolatków z cukrzycą. *Med. Wieku Rozw.* 2012; 16: 35–46.
27. Ogińska-Bulik N. Jeśli zamierzasz schudnąć. Programy oddziaływań psychologicznych wspomagających redukcję nadwagi. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistycznej w Łodzi, Łódź 1999.
28. Kwissa-Gajewska Z., Wojtyna E. Czy nadzieja sprzyja zdrowiu? Nadzieja i radzenie sobie ze stresem a stan zdrowia oraz podejmowanie zachowań zdrowotnych u chorych na cukrzycę typu 2. W: Hesen I., Życińska J. *Psychologia zdrowia. W poszukiwaniu nowych inspiracji SWPS*, Warszawa 2008: 39–52.