



Poszukiwanie czynników wpływających na umiejscowienie kontroli zdrowia i zachowania zdrowotne osób przebywających na emeryturze

The search for factors contributing to health locus of control beliefs and health behaviors displayed by senior citizens

Anna Maria Cybulska^{1,C-D}, Kamila Rachubińska^{2,B-C}, Wanda Dembicka^{2,A-B},
Elżbieta Grochans^{1,A,E-F}

¹ Zakład Pielęgniarstwa Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Polska

² Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Polska

A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych, D – Napisanie artykułu, E – Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Cybulska A.M, Rachubińska K, Dembicka W, Grochans E. Poszukiwanie czynników wpływających na umiejscowienie kontroli zdrowia i zachowania zdrowotne osób przebywających na emeryturze. Med Nauk Zdr. 2019; 25(4): 295–299. DOI: 10.26444/monz/114514

■ Streszczenie

Wprowadzenie. Ludzie starzy stanowią bardzo zróżnicowaną grupę m.in. pod względem stanu zdrowia, które jest uwarunkowane przez styl życia i powiązane z nim zachowania zdrowotne.

Cele badań. Celem pracy było poznanie czynników wpływających na umiejscowienie kontroli zdrowia i zachowania zdrowotne osób przebywających na emeryturze oraz wpływ umiejscowienia kontroli zdrowia na nasilenie zachowań prozdrowotnych wśród emerytów.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród 220 osób w wieku 52–88 lat, przebywających na emeryturze. Badania zrealizowano przy użyciu metody sondażu diagnostycznego, z wykorzystaniem Wielowymiarowej Skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia, Inwentarzu Zachowań Zdrowotnych oraz ankiety własnego autorstwa.

Wyniki. Nasilenie każdego z zachowań prozdrowotnych podejmowanych przez seniorów wzrastało wraz ze wzrostem poczucia wewnętrznej kontroli nad osobistym zdrowiem. Zmienne takie jak: wykształcenie, wiek oraz miejsce zamieszkania wyraźnie korelują z nasileniem zachowań prozdrowotnych oraz umiejscowieniem kontroli zdrowia.

Wnioski. W badanej grupie emerytów w umiejscowieniu kontroli zdrowia najwyższe wartości uzyskano we własnych działaniach respondentów i wpływie innych osób, natomiast zachowania prozdrowotne ankietowanych najbardziej nasilone były w obszarze pozytywnego nastawienia psychicznego i w obszarze zachowań profilaktycznych. Wśród badanych w obszarze własnej kontroli nad zdrowiem oraz poczucia wpływu innych na zdrowie, nasilenie każdego z rodzaju zachowań prozdrowotnych było tym większe, im większe było przekonanie o skuteczności tych działań.

■ Słowa kluczowe

zachowania zdrowotne, wiek emerytalny, zdrowie

■ Abstract

Introduction. Old people constitute a very diversified group, especially in terms of health status, which is determined by life style and related health behaviours.

Objective. The aim of this study was to assess health behaviours and health locus of control with regard to socio-demographic variables, as well as to establish the effect of health locus of control on the health behaviours among senior citizens.

Materials and Method. The survey-based study involved 220 senior citizens aged 52–88 years, performed using the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) scale, the Health Behaviour Inventory (HBI), and an author-constructed questionnaire.

Results. The levels of healthy behaviours displayed by the senior citizens positively correlated with their internal health locus of control belief. Variables, such as education, age, and place of residence, substantially correlated with the levels of healthy behaviours and health locus of control.

Conclusions. The majority of the subjects were characterized by an internal health locus of control and external (dependent on other people) health locus of control beliefs. Positive health behaviours were mostly observed in the domains of mental attitudes and preventive behaviours. The stronger the respondents' conviction that their health status was under their own control or under the control of other people, the higher the levels of their health behaviours.

■ Key words

health behaviours, retirement age, health

WSTĘP

Zachowania prozdrowotne określane są jako czynności umożliwiające utrzymanie lub przywrócenie zdrowia. To forma aktywności ukierunkowana na osiągnięcie celów zdrowotnych: u osoby zdrowej to utrzymanie lub powiększenie zasobów zdrowotnych, zaś u osoby chorej poprawa zdrowia. Heszen-Niejodek wyróżnia następujące zachowania prozdrowotne [1]: ukierunkowane na utrzymanie dobrego samopoczucia; profilaktyczne, ukierunkowane na ochronę zdrowia; ukierunkowane na zmniejszenie ryzyka utraty zdrowia; aktywność osób już chorych podejmowana w celu określenia stanu zdrowia i uzyskania odpowiednich środków zaradczych; aktywność osób chorych podejmowana w celu poprawy stanu zdrowia; aktywność osób chorych ukierunkowana na poprawę stanu zdrowia poprzez podjęcie leczenia.

Szczególnym okresem w życiu człowieka, w którym weryfikowane są zachowania zdrowotne, jest starość. Starzenie się organizmu jest procesem fizjologicznym i nieodwracalnym, kojarzonym z utratą sił, pogorszeniem pamięci, obniżeniem statusu materialnego i społecznego oraz zakończeniem pracy zawodowej. Stając w obliczu starzenia się, ludzie zwracają uwagę na to, jak mogą chronić własne zdrowie oraz zmniejszyć ryzyko rozwoju poważnych chorób. Zachowania prozdrowotne obejmują regularne ćwiczenia, zdrową dietę, a także ograniczenie palenia tytoniu oraz spożywania alkoholu. Są one zatem istotnym wskaźnikiem ogólnego samopoczucia [2].

Starzenie się pociąga za sobą szereg zmian fizycznych i poznawczych, którym towarzyszą często zmiany w regulacji emocji [3]. Ponadto wraz z zaprzestaniem pracy dochodzi do utraty głównej czynności w życiu codziennym – czynności warunkującej korzyści ekonomiczne, uznanie, status społeczny i relacje z innymi ludźmi. Przejście na emeryturę oznacza także istotne zmiany na poziomie zdrowia i codziennej aktywności. Dlatego też wśród seniorów wzrasta poziom oczekiwań w dziedzinie prewencji chorób i rośnie zapotrzebowanie na świadczenia wspierająco-edukacyjne [4].

CELE BADANIA

Cele niniejszego badania to:

1. Ocena umiejscowienia kontroli zdrowia i nasilenia zachowań prozdrowotnych w badanej grupie emerytów.
2. Wpływ zmiennych socjodemograficznych (wiek, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania) na umiejscowienie kontroli zdrowia i nasilenie zachowań prozdrowotnych badanych emerytów.
3. Wpływ umiejscowienia kontroli zdrowia na nasilenie zachowań prozdrowotnych uczestników badania.

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono wśród 220 osób w wieku 52–88 lat. Kryterium włączenia do badań było przebywanie na emeryturze, miejsce zamieszkania w województwie zachodniopomorskim oraz świadoma zgoda na udział w badaniu. Badania przeprowadzono zgodnie z deklaracją helsińską po uzyskaniu pozytywnej opinii Komisji Bioetycznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie. Uczestników badania rekrutowano spośród pacjentów szpitali w Kostrzynie

nad Odrą, po wcześniejszym uzyskaniu zgody od każdego respondenta. Każdy emeryt został poinformowany o celu badania oraz o wykorzystaniu uzyskanych wyników do celów naukowych. Udział w badaniu był anonimowy i dobrowolny.

Badania zrealizowano przy użyciu metody sondażu diagnostycznego, wykorzystując dwa narzędzia standaryzowane: Wielowymiarową Skalę Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC – wersja A) i Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ), a także ankietę własnego autorstwa, niezbędną do uzyskania informacji charakteryzujących grupę badaną.

Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC) składa się z 18 stwierdzeń dotyczących oczekiwań osób ankietowanych w trzech wymiarach umiejscowienia kontroli zdrowia: wewnętrznym (W): własne zdrowie zależy tylko i wyłącznie od moich działań (pozycja nr 1, 6, 8, 12, 13, 17 na skali); wpływu innych (I): moje zdrowie jest wynikiem oddziaływania innych, szczególnie pracowników ochrony zdrowia (pozycja nr 3, 5, 7, 10, 14, 18); przypadku (P): o stanie zdrowia decyduje przypadek oraz czynniki zewnętrzne, na które nie mam wpływu (pozycja nr 2, 4, 9, 11, 15, 16). Skala ta obejmuje sześć stopni: od „zdecydowanie nie zgadzam się” (1 pkt) do „zdecydowanie zgadzam się” (6 pkt). Zakres wyników mieści się w przedziale od 6 do 36 pkt.

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) wykorzystano do oceny poziomu zachowań prozdrowotnych. Kwestionariusz składa się z 24 stwierdzeń opisujących zachowania zdrowotne, podzielone na cztery kategorie: prawidłowe nawyki żywieniowe – PNŻ; zachowania profilaktyczne – ZP; praktyki zdrowotne – PZ; pozytywne nastawienie psychiczne – PNP. Każdemu twierdzeniu badany przypisuje odpowiednią cyfrę w zależności od tego, jak bardzo dane twierdzenie odnosi się do niego: 1 – prawie nigdy, 2 – rzadko, 3 – od czasu do czasu, 4 – często, 5 – prawie zawsze. Wartości liczbowe zliczane są w celu uzyskania ogólnego wskaźnika zachowań prozdrowotnych, a następnie przeliczane na steny, zgodnie z normami podanymi w kluczu. Wyniki w stenach 1–4 oznaczały niskie, zaś wyniki w stenach 7–10 wysokie nasilenie zachowań prozdrowotnych.

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono za pomocą wartości średniej, odchylenia standardowego, minimum, maksimum i mediany. Porównanie wartości zmiennych ilościowych w dwóch grupach wykonano przy użyciu testu t-Studenta. Porównanie wartości zmiennych ilościowych w trzech i więcej grupach wykonano za pomocą analizy wariancji ANOVA. Po wykryciu istotnych statystycznie różnic wykonywano analizę post-hoc testem LSD Fishera w celu zidentyfikowania różniących się istotnie statystycznie grup. Korelacje pomiędzy zmiennymi ilościowymi analizowano za pomocą współczynnika korelacji r-Pearsona. Normalność rozkładu zmiennych badano za pomocą testu Shapiro-Wilka. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$, wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic lub zależności. Analizę wykonano w programie R, wersja 3.5.1.

WYNIKI

Analiza danych wykazała, że większość badanych stanowiły kobiety (65%). Średnia wieku respondentów wynosiła 68 lat, a 61% ankietowanych nie przekroczyło 70. roku życia. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby zamieszkujące obszary wiejskie (35,9%), a następnie osoby z miast liczących

10–100 tys. mieszkańców (34,6%). Większość respondentów była w związku formalnym (56,4%), miała wykształcenie średnie (46,8%). Wśród 220 osób ankietowanych średni wiek przejścia na emeryturę wynosił 60 lat ($SD=5,1$) i wahał się od 43 do 88 lat.

Analiza danych wykazała, że w badanej grupie najwyższy poziom w umiejscowieniu kontroli zdrowia osiągnięto w wymiarze wewnętrznym ($25,6 \pm 5,4$), czyli zależności stanu zdrowia od własnych działań. W mniejszym stopniu ankietowani wiązali swój stan zdrowia z wpływem innych osób ($24,2 \pm 6,1$), a w najmniejszym stopniu z przypadkiem ($21,7 \pm 7,1$). Analiza wykazała, że zachowania prozdrowotne ankietowanych były najbardziej nasilone w obszarze pozytywnego nastawienia psychicznego ($3,9 \pm 0,7$), nieco mniej w obszarze zachowań profilaktycznych ($3,9 \pm 0,8$), a najmniej w obszarach prawidłowych nawyków żywieniowych ($3,7 \pm 0,8$) oraz praktyk zdrowotnych ($3,6 \pm 0,7$) (tab. 1).

Tabela 1. Statystyka opisowa umiejscowienia kontroli zdrowia osób ankietowanych oraz nasilenia ich zachowań prozdrowotnych

Zmienne	Średnia	SD	Me	Min	Max	Q1	Q3
Wymiar wewnętrzny	25.6	5.4	26	8	36	22	30
MHLC							
Wpływ innych	24.2	6.1	24	6	36	20	29
Przypadek	21.7	7.1	22	6	36	17	27
PNŻ	3.7	0.8	3.8	1.7	5	3.2	4.2
Podskale							
ZP	3.9	0.8	4	1.5	5	3.3	4.5
IZZ							
PNP	3.9	0.7	4	2	5	3.3	4.3
PZ	3.6	0.7	3.7	1.7	5	3.2	4.2

SD – odchylenie standardowe, Q1, Q3 – kwartył 1 i 3, PNŻ – prawidłowe nawyki żywieniowe; ZP – zachowania profilaktyczne, PZ – praktyki zdrowotne, PNP – pozytywne nastawienie psychiczne

Analiza czynników wpływających na umiejscowienie kontroli zdrowia (MHLC) w badanej grupie

W badaniach poddano analizie wpływ wybranych czynników (wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie) na umiejscowienie kontroli zdrowia. Na podstawie zebranych danych wykazano, iż wiek koreluje istotnie dodatnio z przekonaniem o wpływie innych na zdrowie respondentów ($r=0,156$, $p<0,05$). W pozostałych wymiarach nie zauważono istotnych statystycznie zależności (wymiar wewnętrzny: $r=-0,03$, $p>0,05$; przypadek: $r=0,084$, $p>0,05$).

Przeprowadzona analiza zależności pomiędzy umiejscowieniem kontroli zdrowia a miejscem zamieszkania wykazała, iż przekonanie o wpływie innych na zdrowie ankietowanych zależy istotnie od ich miejsca zamieszkania ($p<0,05$). U osób zamieszkujących wieś przekonanie to jest silniejsze niż u osób z największych i najmniejszych miast. Ponadto u osób ze średnich miast jest silniejsze niż u osób z miast dużych. W pozostałych obszarach umiejscowienia kontroli zdrowia nie wykazano zależności istotnych statystycznie ($p>0,05$). W badaniach poddano analizie wpływ wykształcenia na umiejscowienie kontroli zdrowia. Zaobserwowano istotną zależność pomiędzy wykształceniem a przekonaniem o wpływie innych oraz przekonaniem o wpływie przypadku na zdrowie respondentów. W celu dokładnego zbadania tej zależności wykonano analizę post-hoc, która wykazała, że u osób z wykształceniem podstawowym przekonanie o wpływie innych osób na zdrowie jest silniejsze ($27,5 \pm 6,6$) niż u osób z wykształceniem zawodowym ($24,3 \pm 5,1$), średnim ($23,4 \pm 5,7$) i wyższym ($22 \pm 7,4$). Ponadto u osób z wykształceniem podstawowym i zawodowym przekonanie o wpływie

przypadku jest silniejsze niż u osób z wykształceniem średnim i wyższym. W obszarze wewnętrznej kontroli zdrowia nie odnotowano różnic istotnych statystycznie ($p>0,05$); (tab. 2).

Tabela 2. Zmienne demograficzne, a umiejscowienie kontroli zdrowia według MHCL

ZMIENNE	MHCL			
	Wymiar wewnętrzny	Wpływ innych	Przypadek	
	M±SD	M±SD	M±SD	
WYKSZTAŁCENIE	Wyższe	25.5±4.0	22±7.4	17.6±7.6
	Średnie	25.8±5.4	23.4±5.7	20.6±7.0
	Zawodowe	24.6±5.5	24.3±5.1	23.4±6.9
	Podstawowe	26.6±5.0	27.5±6.6	24.5±6.1
	p	0.259	0.001	<0.001
MIEJSCE ZAMIESZKANIA	Miasto do 10 tys. mieszk.	24.7±5.2	22.9±5.6	22.4±6.9
	Miasto 10-100 tys. mieszk.	25.7±5.7	24.8±6.1	21.9±7.4
	Miasto powyżej 100 tys. mieszk.	25.2±4.5	20.5±5.4	18.7±6.7
	Wieś	26.1±5.4	25.1±6.0	21.8±7.1
	p	0.442	0.01	0.334

p = Rozkład normalny w grupach, M±SD – średnia ± odchylenie standardowe

Analiza czynników wpływających na nasilenie podejmowanych zachowań prozdrowotnych wg IZZ w badanej grupie

W badaniach poddano analizie wpływ wybranych czynników (płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie) na nasilenie podejmowanych zachowań prozdrowotnych. Na podstawie zebranych danych wykazano, iż płeć miała istotny wpływ na nasilenie praktyk prozdrowotnych ($p=0,036$). U kobiet ($3,7 \pm 0,7$) było ono wyższe niż u mężczyzn ($3,5 \pm 0,7$). W pozostałych obszarach nie wykazano różnic istotnych statystycznie ($p>0,05$). Przeprowadzona analiza zależności pomiędzy nasileniem zachowań prozdrowotnych a miejscem zamieszkania wykazała, iż osoby z dużych miast (powyżej 100 tys. mieszkańców; $3,9 + -0,8$) oraz ze wsi ($3,7 + -0,7$) wykazują większe nasilenie praktyk prozdrowotnych niż osoby emerytowane zamieszkujące miasta mniejsze i średnie. W pozostałych obszarach nie dowiedziano różnic istotnych statystycznie ($p>0,05$). Wykazano istotną statystycznie zależność nasilenia zachowań prozdrowotnych w obszarze prawidłowych nawyków żywieniowych od wykształcenia ($p=0,038$). U osób z wykształceniem wyższym były one bardziej prawidłowe niż u osób z wykształceniem średnim, zawodowym i podstawowym (tab. 3).

Umiejscowienie kontroli zdrowia (MHLC) a poziom deklarowanych zachowań prozdrowotnych (IZZ)

Przeprowadzona korelacja pomiędzy ogólnym wskaźnikiem zachowań prozdrowotnych a umiejscowieniem kontroli zdrowia wykazała istotną statystycznie zależność. W obszarze własnej kontroli nad zdrowiem nasilenie każdego z rodzaju zachowań prozdrowotnych było tym większe, im większe było przekonanie o własnej kontroli nad swoim zdrowiem. W obszarze poczucia wpływu innych na zdrowie, nasilenie każdego rodzaju zachowań prozdrowotnych było również tym większe, im większe było przekonanie o wpływie innych na zdrowie ($p<0,05$). W obszarze wpływu przypadku na zdrowie nie wykazano różnic istotnych statystycznie ($p>0,05$) (tab. 4).

Tabela 3. Zależność wpływu wybranych zmiennych demograficznych na nasilenie podejmowanych zachowań zdrowotnych według IZZ

Zmienne	Wynik ogólny IZZ	PNŻ	ZP	PNP	PZ	
	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	
Wykształcenie	Wyższe	6.9±2.2	4.1±0.8	4.0±0.8	4.0±0.7	3.7±0.8
	Średnie	6.6±1.9	3.7±0.7	3.9±0.7	3.9±0.6	3.7±0.7
	Zawodowe	6.4±2.2	3.5±0.7	3.8±0.8	3.8±0.7	3.6±0.8
	Podstawowe	6.6±2.6	3.7±1.0	3.9±1.0	3.9±0.8	3.7±0.9
	p	0.858	0.038	0.427	0.772	0.852
Miejsce zamieszkania	Miasto do 10 tys. mieszk.	6.1±2.4	3.5±0.8	3.7±0.8	3.8±0.7	3.4±0.7
	Miasto 10–100 tys. mieszk.	6.3±2.2	3.6±0.8	3.8±0.8	3.8±0.7	3.6±0.7
	Miasto powyżej 100 tys. mieszk.	7.4±1.7	4.0±0.6	4.1±0.7	4.1±0.5	3.9±0.8
	Wieś	7.0±1.9	3.7±0.7	3.9±0.8	4.0±0.7	3.7±0.7
	p	0.062	0.241	0.214	0.085	0.043
Płeć	Kobiety	6.6±2.1	3.8±0.7	3.9±0.7	3.9±0.7	3.7±0.7
	Mężczyźni	6.6±2.2	3.5±0.8	3.7±0.9	3.9±0.7	3.5±0.7
	p	0.454	0.071	0.14	0.912	0.036

P = Rozkład normalny w grupach, M±SD – średnia ± odchylenie standardowe, PNŻ – prawidłowe nawyki żywieniowe; ZP – zachowania profilaktyczne, PZ – praktyki zdrowotne; PNP – pozytywne nastawienie psychiczne

Tabela 4. Korelacja wpływu kontroli zdrowia według MHCL na zachowania zdrowotne według IZZ w grupie badanej

MHLC		Prawidłowe nawyki żywieniowe	Zachowania profilaktyczne	Pozytywne nastawienie psychiczne	Praktyki zdrowotne	IZZ [steny]
Wymiar wewnętrzny	r	0.2	0.2	0.3	0.2	0.3
	p	0.001*	0.003*	<0.001*	0.014*	<0.001*
Wpływ innych	r	0.1	0.3	0.2	0.2	0.2
	p	0.14*	<0.001*	<0.001*	0.004*	<0.001*
Przypadek	r	-0.1	-0.009	0.06	-0.03	-0.04
	p	0.055	0.9	0.379	0.7	0.529

r – współczynnik korelacji r-Pearsona p – poziom statystycznej istotności różnic *istotność statystyczna

Omówienie badań

W trakcie analizy zachowań zdrowotnych osób będących na emeryturze starano się sprawdzić, w jaki sposób umiejscowienie kontroli wpływa na prezentowane zachowania prozdrowotne. Poznanie zachowań zdrowotnych seniorów pozwoli na lepsze zrozumienie ich potrzeb oraz umożliwi stworzenie programów edukacyjnych i profilaktycznych. W zaprezentowanej grupie osób objętych badaniem nieco ponad połowa ankietowanych charakteryzowała się wysokim stopniem nasilenia zachowań prozdrowotnych. Zachowania te najbardziej nasilone były w obszarze pozytywnego nastawienia psychicznego, nieco mniej w obszarze zachowań profilaktycznych, a najmniej w obszarze prawidłowych nawyków żywieniowych. Kobiety wykazały większe nasilenie zachowań prozdrowotnych niż mężczyźni.

Według wielu badaczy wyższy stopień nasilenia zachowań prozdrowotnych prezentowanych przez kobiety uwarunkowany jest ich biologiczno-społeczną funkcją pełnioną w rodzinie, rolą matki i opiekunki. Wyniki te zgodne są m.in. z wynikami uzyskanymi przez Muszalik i wsp. [5]. Według Kurowskiej i wsp. kobiety są bardziej zdyscyplinowane

w działaniach na rzecz zdrowia i częściej poddają się badaniom profilaktycznym, które uważają za swego rodzaju inwestycję zdrowotną [6, 7]. Zadworna-Cieślak w badaniach zachowań zdrowotnych prowadzonych w grupie osób w wieku senioralnym potwierdza, iż kobiety są bardziej zaangażowane w działania prozdrowotne i wykazują większą dbałość o zdrowie niż płeć przeciwna. Spowodowane jest to, według autorki, funkcjonującymi od stuleci stereotypami związanymi z płcią, nakładającymi na kobiety obowiązek dbałości o zdrowie i rodzinę, zwalniając jednocześnie z tego obowiązku mężczyzn [8].

Po porównaniu wpływu umiejscowienia kontroli zdrowia na zachowania zdrowotne podejmowane przez osoby przebywające na emeryturze, w badaniach własnych wykazano, iż w obszarze poczucia własnej kontroli nad zdrowiem oraz w obszarze poczucia wpływu innych na zdrowie nasilenie każdego z rodzajów zachowań prozdrowotnych zwiększa się wraz ze wzrostem rodzaju poczucia kontroli nad zdrowiem. Wyniki te są zgodne z wynikami badań przeprowadzonych przez Nowickiego i wsp. [9] oraz Kurowską i Zdrojewską [10] w grupie osób czynnych zawodowo. Biorąc pod uwagę fakt, iż badania własne przeprowadzane były w grupie osób emerytowanych, może to potwierdzić tezę, iż nawyki zdrowotne utrwalone i nabyte w młodości nie zmieniają się znacznie w późniejszym okresie życia. Wszelkie zmiany na gorsze uwarunkowane są pojawiającymi się wraz z wiekiem chorobami, pogorszeniem się stanu zdrowia, zubożeniem, osamotnieniem oraz brakiem motywacji [11].

Analizując dane pochodzące z badań własnych wykazano, iż na stopień nasilenia zachowań zdrowotnych ogromny wpływ miały zmienne socjodemograficzne oraz umiejscowienie kontroli zdrowia. W obszarze praktyk zdrowotnych większe nasilenie zachowań prozdrowotnych wykazały osoby zamieszkujące duże, ponad 100-tysięczne miasta oraz wsie. Odmienne wyniki w swoich badaniach uzyskali Babiarczyk oraz Małutowska-Dudek, którzy nie stwierdzili odmienności w zachowaniach zdrowotnych w zależności od miejsca zamieszkania [12]. Dodatkowo udowodniono, że jedynie niższy poziom wiedzy na temat możliwości i potrzeby zmiany stylu życia i zachowań w kierunku prozdrowotnym skutkowało mniejszym nasileniem zachowań prozdrowotnych wśród mieszkańców wsi. Do zupełnie innych wniosków doszła Zadworna-Cieślak, której badania dowiodły, iż seniorzy zamieszkujący małe wsie wykazują mniejszy stopień zachowań prozdrowotnych niż ich rówieśnicy z większych miejscowości [8].

W badanej grupie przeważały osoby z wykształceniem średnim i wyższym. Poddając analizie wpływ tej zmiennej na nasilenie zachowań prozdrowotnych emerytów, dowiedziono, iż koreluje ona dodatnio i istotnie statystycznie jedynie z nasileniem prawidłowych nawyków żywieniowych. Nieprawidłowy styl żywienia predysponuje do otyłości i nadwagi, co z kolei jest czynnikiem ryzyka występowania wielu chorób nie tylko cywilizacyjnych, ale i społecznych [13]. Ze względu na zmiany w przemianie materii, które zachodzą w organizmie człowieka wraz z wiekiem, prawidłowe zachowania żywieniowe seniorów uważane są za ważny element w profilaktyce i walce z wieloma chorobami [14]. W badaniach własnych nie analizowano sposobu odżywiania się emerytów, tak więc brak jest danych upoważniających do zweryfikowania ich rzeczywistej dbałości o prawidłowe praktyki żywieniowe. Biorąc jednak pod uwagę fakt, iż zazwyczaj seniorzy nie kojarzą powstawania wielu nękających ich

chorób z nieprawidłowymi zachowaniami żywieniowymi, ani z tak typową dla ich wieku polifarmakoterapią, a nawet lekomanią, ważne staje się poznanie postaw osób emerytowanych wobec odżywiania, a także samego leczenia [15]. Gutkowska i wsp. uważają, iż w naszym kraju zainteresowanie żywnością funkcjonalną jako drogą do podniesienia czy też utrzymania zdrowia wyraźnie spada wraz z wiekiem [16]. Według badań przeprowadzonych przez Jędrusek-Golińską i wsp. zaledwie 30% badanych seniorów zwracało uwagę na właściwy sposób odżywiania. Ograniczało się to jednak tylko do zmniejszenia spożycia soli, słodczy i potraw tłustych oraz unikania słodzenia napojów [15]. W badaniach tych 81% respondentów deklarowało regularne spożywanie co najmniej trzech posiłków dziennie.

Zdrowe społeczeństwo jest dobrem narodu. W osiągnięciu poprawy zdrowia niezbędne jest współbrzmienie kilku składowych. Są to, obok leczenia, m.in. zachowania prozdrowotne. Poznanie działań podejmowanych przez naszych emerytów na rzecz zdrowia oraz poznanie czynników na nie wpływających pozwoli na udoskonalenie ciągle opracowywanych programów edukacyjnych i profilaktycznych. O zdrowie powinnyśmy dbać już od narodzin, dlatego też polityka edukacyjna powinna skupić się na opracowaniu długoterminowych programów edukacyjnych, począwszy od młodości, poprzez całe dalsze życie naszego społeczeństwa [17].

WNIOSKI

1. W badanej grupie emerytów w umiejscowieniu kontroli zdrowia największe wartości uzyskano we własnych działaniach respondentów i wpływie innych osób, natomiast zachowania prozdrowotne ankietowanych najbardziej nasilone były w obszarze pozytywnego nastawienia psychicznego i w obszarze zachowań profilaktycznych.
2. Wśród badanych w obszarach własnej kontroli nad zdrowiem oraz poczucia wpływu innych na zdrowie nasilenie każdego z rodzajów zachowań prozdrowotnych było tym większe, im większe było przekonanie o skuteczności tych działań.
3. Kobiety na emeryturze wykazują większe nasilenie praktyk prozdrowotnych niż mężczyźni.
4. Wśród zmiennych socjodemograficznych wiek, płeć, wykształcenie i miejsce zamieszkania są tymi, które należy brać pod uwagę, oceniając wybrane domeny umiejscowienia kontroli zdrowia oraz zachowań zdrowotnych.
5. Otrzymane wyniki badań mogą być przydatne w rozpoznaniu potrzeb współczesnych emerytów oraz mogą służyć jako materiał edukacyjny dla pracowników ochrony zdrowia w celu modyfikacji stylu życia seniorów w kierunku prozdrowotnym.

Konflikt interesów

Brak

Finansowanie

Brak źródła finansowania

PIŚMIENNICTWO

1. Wagner S, Banaszkiewicz M, Andruszkiewicz A, Strahl A, Miler A, Kubica A. Zachowania zdrowotne i miejsce zdrowia w hierarchii wartości młodzieży. *Med Og Nauk Zdr.* 2015; 21 (3): 278–281. doi: 10.5604/20834543.1165353.
2. Hurtado MD, Topa G. Health Behavior and Health and Psychosocial Planning for Retirement among Spanish Health Professionals. *J Clin Med.* 2018; 7 (12): 495. doi:10.3390/jcm7120495.
3. Jagielska A. Funkcjonowanie emocjonalne osób w wieku 60–86 lat na przykładzie regulacji emocjonalnej. *Gerontol. Pol.* 2011; 19 (2): 112–118.
4. Ziomek-Michalak K. Zdrowie i oczekiwania zdrowotne. W: K. Ziomek-Michalak. *Zasoby osobiste, a oczekiwania zdrowotne polskich seniorów.* Warszawa: Wyd. Akademii Pedagogiki Specjalistycznej; 2016: 46–61.
5. Muszalik M, Zielińska-Więczkowska H, Kędziora-Kornatowska K, Kornatowski T. Ocena wybranych zachowań sprzyjających zdrowiu wśród osób starszych w oparciu o Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Juczyńskiego w aspekcie czynników socjo-demograficznych. *Pielęg XXI w.* 2011; 19 (2): 23–26.
6. Kurowska K, Krakowiecka K. Zachowania zdrowotne a umiejscowienie kontroli zdrowia u osób po przebytym udarze mózgu. *Geriatrics.* 2014; 1 (8): 13–21.
7. Szczerbińska K, Malinowska-Cieślak M, Piórecka B, Giustini M. Jak skutecznie zmieniać zachowania zdrowotne pacjentów w starszym wieku. *Prz Lek.* 2014; 68 (12): 1183–1189.
8. Zadworna-Cieślak M, Ogińska-Bulik N. Zachowania zdrowotne osób w wieku senioralnym – rola optymizmu. *Psychogeriatrics Polska.* 2013; 10 (4): 145–156.
9. Nowicki J, Ślusarska B, Młynarska M, Rudnicka-Drożak E, Chemperek E, Gawroński M. Umiejscowienie kontroli zdrowia a deklarowane zachowania zdrowotne w grupie osób wykonujących zawody medyczne i pozamedyczne. *Pol Prz Nauk Zdr.* 2017; 1 (50): 38–48.
10. Kurowska K., Różańska O. Zachowania zdrowotne a umiejscowienie kontroli zdrowia u osób z rozpoznaniem kamicy żółciowej. *Pielęg Chir Angiol.* 2014; (1): 35–40.
11. Pilewska-Kozak A, Pałucka K, Lepecka-Klusek C, Putowski L. Umiejscowienie kontroli zdrowia w grupie starzejących się mężczyzn – doniesienie wstępne. *Gerontol Pol.* 2016; 24: 45–50.
12. Babiarczyk B, Małutowska-Dudek B. Ocena zachowań zdrowotnych podejmowanych przez pacjentów z nadciśnieniem tętniczym hospitalizowanych i leczonych ambulatoryjnie. *Pol Prz Nauk Zdr.* 2016; 1 (46): 29–34.
13. Jarosz M. Żywnie osób w wieku starszym. *Porady lekarzy i dietetyków.* Warszawa: PZWL; 2011: 9.
14. Kurowska K, Manys K. Poczucie własnej skuteczności a umiejscowienie kontroli zdrowia w grupie osób z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego. *Pol Prz Nauk Zdr.* 2016; 3 (48): 239–245. doi: <https://doi.org/10.20883/ppnoz.2016.5>.
15. Ulatowska A, Bączek G. Ocena stanu odżywiania pacjentów w podeszłym wieku, umieszczonych w oddziale geriatrycznym dokonana za pomocą skali MNA. *Pielęg Pol.* 2016; 1 (59): 30–36.
16. Gutkowska K, Olewnik-Mikołajewska A, Krośnicka K, Piekut M. Zachowania konsumentów wobec innowacyjnych produktów żywnościowych na przykładzie żywności funkcjonalnej. *Logistyka.* 2015; 2: 912–919.
17. Pikuła N.G. Poczucie sensu życia osób starszych. *Inspiracje do edukacji w starości.* Kraków: Impuls; 2016: 65–76.