

Sposób żywienia i umiejscowienie kontroli zdrowia w grupie studentów medycyny

Eating habits and the health locus of control among students of medicine

Honorata Piasecka¹, Grzegorz Nowicki², Barbara Ślusarska³

¹Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie Uniwersytetu

²Zakład Kwalifikowanej Pomocy Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

³Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Zakład Podstaw Pielęgniarstwa i Dydaktyki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Honorata Piasecka

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego

Akademii Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie

ul. Marymoncka 34, 00-968 Warszawa

e-mail: honorata_p@onet.eu

STRESZCZENIE

Sposób żywienia i umiejscowienie kontroli zdrowia w grupie studentów medycyny

Wstęp. Istotną rolę w wyborze zachowań zdrowotnych pełni umiejscowienie kontroli zdrowia. Charakteryzuje się ono przekonaniem i możliwością wpływania na stan zdrowia oraz jego poprawę w wymiarach: wewnętrznym i zewnętrznym. Sposób żywienia jest zasadniczym elementem utrzymania zdrowia na każdym etapie rozwoju osobniczego, a nawyki żywieniowe reprezentowane w wieku młodości często rzutują na kolejne etapy życia. Młodzież akademicka jest grupą szczególnie narażoną na występowanie zachowań antyzdrowotnych.

Cel pracy. Ustalenie związku między sposobem żywienia a umiejscowieniem kontroli zdrowia wśród studentów medycyny.

Materiał i metoda. Badaniami objęto grupę 104 osoby w wieku 24-27 lat studentów VI roku Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie oraz II Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie. Badania przeprowadzono przy użyciu Wielowymiarowej Skali Umiejscowienia Zdrowia (MHLC) wersja B wg. Z. Juczyńskiego, która bada zgeneralizowane oczekiwanie w trzech wymiarach umiejscowienia kontroli zdrowia: wewnętrznym, wpływu innych, przypadku. Sposób żywienia badanych oceniano na podstawie Punktowej oceny żywienia wg. Starzyńskiej z modyfikacją własną.

Wyniki. Wyniki badań wskazują, że w badanej grupie studentów wewnętrzny wymiar kontroli zdrowia ma największy wpływ na zdrowie. Dla mężczyzn wszystkie trzy wymiary miały wyższą wagę. Studenci pochodzący z rejonów wiejskich przypisywali wyższą wagę wewnętrznemu wymiarowi kontroli zdrowia, natomiast badani mieszkający podczas studiów w domu rodzinnym przypisują wyższą wagę wpływowi innych na zdrowie. Analiza statystyczna wykazała słabą korelację ujemną pomiędzy oceną żywienia a wewnętrzną kontrolą zdrowia ($r=-0,19$; $p=0,05$).

Wnioski. W badanej grupie studentów dominuje wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia.

Słowa kluczowe:

umiejscowienie kontroli zdrowia, sposób żywienia, młodzież akademicka

ABSTRACT

Eating habits and the health locus of control among students of medicine

Introduction. The health locus of control plays an important role in health behavior. It is characterized by believing in the ability to influence and improve one's health in both internal and external terms. Nutrition is vital to maintaining health throughout ontogenesis, and eating habits developed at a young age frequently have an impact on later stages of one's life. University students are especially at risk of developing non-healthy behaviors.

Aim. To establish the relationship between eating habits and the health locus of control among students of medicine.

Materials and methods. The study covers a group of 104 subjects aged 24-27 selected from among 6th year students of the Faculty of Medicine at the Medical University of Lublin, and 2nd year students of the Faculty of Medicine at the Medical University of Warsaw. The survey was carried out using the Multidimensional Health Locus of Control scale, version B (MHLC-B), as developed by Z. Juczyński, to investigate the generalized expectations in three dimensions of health locus of control, namely internality, powerful others externality, and chance externality. Eating habits of the subjects were assessed on the basis of the point-based nutritional assessment, as developed by Starzyńska, with some own modifications.

Results. The study results indicate that in the examined group of students the internal dimension of health locus of control has the highest impact on health. For male subjects all three dimensions were of considerable significance. Students from rural areas attributed more importance to the internal dimension of health locus of control, while subjects living at their family house throughout their university education considered powerful others externality as more important. Statistical analysis of these data showed poor negative correlation between nutritional assessment and internal health control ($r=-0,19$; $p=0,05$).

Conclusions. Among the studied group of students, the internal health locus of control predominates.

Key words:

health locus of control, eating habits, university students

WSTĘP

Przekonania mają wpływ na powodzenie i realizację działań, podejmowanych przez człowieka, co bezpośrednio rzutuje na jego zdrowie [1]. Kontrolę zdrowia można określić jako przekonanie, dzięki któremu osoba uważa, że wpływa na własne stany wewnętrzne i zachowania oraz na środowisko, uzyskując pożądane skutki [2]. Koncepcja poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia mówi o tym, że człowiek dąży do zaspokajania potrzeb poprzez różne formy zachowań instrumentalnych. Ten styl bycia dostarcza jednostce wzmocnień i sprawia, że w przyszłości, po takim zachowaniu zawsze oczekiwane będzie takie samo wzmocnienie. Natomiast, gdy możliwe są alternatywne zachowania, wybrany zostanie ten sposób, który dostarczy wzmocnień najbardziej oczekiwanych i wartościowych [3,4].

U osób z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia, występuje przekonanie, że stan zdrowia uzależniony jest od nich samych. Osoby te uważają, że ich doświadczenia są wynikiem osobistych działań oraz wykazują kontrolę nad pożądanymi i niepożądanymi dla siebie wzmocnieniami [5]. Jednostki o zewnętrznym umiejscowieniu kontroli wyrażają przekonanie o dominującym wpływie czynników od nich niezależnych na ich poziom zdrowia. Charakteryzuje je poczucie braku wpływu na otoczenie [6] oraz tendencja do negowania objawów i pomniejszania konieczności przestrzegania prawidłowych zachowań [7]. Przypisywanie głównego wpływu na zdrowie przypadkowi jest często przyczyną braku poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie [8].

Poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia, które określa źródła wpływu na stan zdrowia, ma istotne znaczenie w modyfikacji zachowań związanych ze zdrowiem [9]. Zachowania zdrowotne to wszelkie formy aktywności człowieka, które są wyrazem ukształtowanej postawy wobec zdrowia [10]. Przykładem takich zachowań zdrowotnych są cztery kategorie wyodrębnione przez Juczyńskiego takie jak: prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, praktyki zdrowotne oraz pozytywne nastawienie psychiczne [8]. Wśród studentów istnieje pewna specyfika odżywiania się, zmniejsza się częstotliwość i jakość spożywanych posiłków, a także powiększa się odsetek badanych nieregularnie spożywających posiłki [11].

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy jest ustalenie związku między sposobem żywienia a umiejscowieniem kontroli zdrowia wśród studentów medycyny.

MATERIAŁ I METODY

Badania ankietowe przeprowadzono w okresie kwietnia i maja 2008 roku wśród studentów VI roku Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie oraz studentów VI roku II Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie. Studenci zostali poproszeni o wypełnienie anonimowego kwestionariusza po uprzednim uzyskaniu formalnego pozwolenia na przeprowadzenie badania.

W części metryczkowej znalazły się pytania między innymi o wiek, płeć, miejsce stałego zamieszkania oraz miejsce zamieszkania podczas studiów.

Kwestionariusz MHLC, czyli Wielowymiarowej Skali Umiejscowienia Zdrowia, należy do najbardziej popularnych narzędzi. Nawiązuje ona w swym ujęciu do koncepcji Lavensona, w której to dokonano przeciwstawienia wewnętrznego umiejscowienia kontroli zewnętrznemu, zaś zewnętrzne umiejscowienie kontroli zróżnicował na wpływy innych i wpływ przypadku czy losu. Rzetelność wersji B wynosi według wskaźnika alfa Cronbacha 0,64- dla kontroli wewnętrznej, 0,63- dla przypadku i 0,59- dla wpływu innych.

Skala MHLC zawiera 18 stwierdzeń i dostępna jest w wersji A i B. W badaniach własnych wykorzystano wersję B, która ujmuje przekonania dotyczące zgeneralizowanych oczekiwań w trzech wymiarach umiejscowienia kontroli zdrowia, tj.:

- wewnętrzne (W)- kontrola nad własnym zdrowiem zależy ode mnie;
- wpływ innych (I)- własne zdrowie jest wynikiem oddziaływania innych, zwłaszcza personelu medycznego;
- przypadek (P)- o stanie zdrowia decyduje przypadek czy inne czynniki zewnętrzne.

Instrukcja zamieszczona w skali zwraca uwagę, na fakt konieczności udzielania odpowiedzi zgodnie z własnymi przekonaniami, a nie z tym co powinno się sądzić, czy też- jakiej odpowiedzi ktoś oczekuje. Skala ta obejmuje sześć stopni: od zdecydowanie nie zgadzam się (1 punkt) do zdecydowanie zgadzam się (6 punktów). Badanie na ogół nie przekracza 5 minut. Zakres wyników obejmuje przedział od 6 do 36 punktów. Wymiar, obejmujący kontrolę wewnętrzną określają na skali numery pozycji 1, 6, 8, 12, 13, 17, zaś wpływ innych można ocenić przy pomocy pozycji numer: 3, 5, 7, 10, 14 i 18. Chcąc się dowiedzieć o tym czy o stanie zdrowia decyduje przypadek należy przeanalizować pozycje numer: 2, 4, 9, 11, 15, 16 [8].

W celu oceny sposobu żywienia, jako istotnego elementu zachowań zdrowotnych, wykorzystano Punktową Ocenę Jadłospisu wg Starzyńskiej z modyfikacją własną. Umożliwia ona sprawdzenie, czy żywienie osoby badanej jest prawidłowo zaplanowane i realizowane. Kwestionariusz składa się z sześciu punktów, w których za przyporządkowanie odpowiedzi konkretnemu stwierdzeniu można uzyskać od 0 przez 3 do 5 punktów. Modyfikacja własna dotyczyła sześciu kolejnych pytań kwestionariusza, dotyczących głównie nawyków żywieniowych składających się na dietę badanego. Maksymalnie można było uzyskać kolejne 30 punktów, czyli łącznie 60 punktów. W przypadku uzyskania od 30 do 50 punktów uważa się, że jadłospis jest dobry, jednakże można z niego wyeliminować niepożądane błędy. Gdy badany w swojej punktacji uzyskuje od 20-29 punktów (ale bez ocen zerowych), jadłospis uznać można zaledwie za dostateczny, w którym występują poważne błędy dietetyczne. Całkowita zmiana jadłospisu dotyczy przede wszystkim osób, u których liczba punktów wyniosła mniej niż 19 [12].

Wartość analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono przy pomocy wartości średniej i odchylenia

standardowego, a dla niemierzalnych przy pomocy odsetka i liczności. W testach przyjęto poziom istotności $p < 0,05$, czyli 5% błąd wnioskowania wskazujący na istnienie istotności statystycznej. Analizy przeprowadzono przy pomocy oprogramowania STATISTICA v. 8.0 (StatSoft).

WYNIKI

Charakterystyka badanej grupy

W anonimowym badaniu wzięło udział 104 studentów VI roku kierunku lekarskiego dwóch uczelni medycznych w wieku od 24 do 27 lat, w tym 61 (58,65%) kobiet i 43 (41,35%) mężczyzn. Średnia wieku respondentów wynosiła 25,06 lat ($SD=0,59$). Większość badanych pochodziła z miasta – 77,88% ($n=81$), natomiast 22,12% ($n=23$) pochodziła ze wsi. Wśród ankietowanych 41,25% ($n=43$) mieszkało podczas studiów na stacji, 40,38% ($n=42$) w domu rodzinnym, a 18,27% ($n=19$) w akademiku.

Poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia

Przeprowadzone badania wskazują, że w badanej grupie wewnętrzny wymiar kontroli zdrowia ma największy wpływ na zdrowie (26,12), natomiast wpływ innych (19,00) i przypadek (18,48) mają niższe znaczenie (Tab. 1).

W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy

umiejscowieniem kontroli zdrowia a wprowadzonymi do modelu zmiennymi: płeć, miejsce zamieszkania, miejsce zamieszkania podczas studiów ($p > 0,05$). Jakkolwiek stwierdzono, że dla mężczyzn wszystkie trzy wymiary kontroli zdrowia (wewnętrzny, wpływ innych i przypadek) miały wyższą wagę niż dla kobiet. Zaobserwowano również, że dla studentów pochodzących z rejonów wiejskich wewnętrzny wymiar kontroli zdrowia ma wyższy wpływ na zdrowie w porównaniu z osobami pochodzącymi z miasta. Natomiast studenci mieszkający podczas studiów w domu rodzinnym przypisują wyższą wagę wpływowi innych na zdrowie w porównaniu ze studentami mieszkającymi podczas studiów w akademiku czy na stacji (Tab. 2 i Ryc. 1, 2, 3).

Ocena sposobu żywienia i wpływ na umiejscowienie kontroli zdrowia

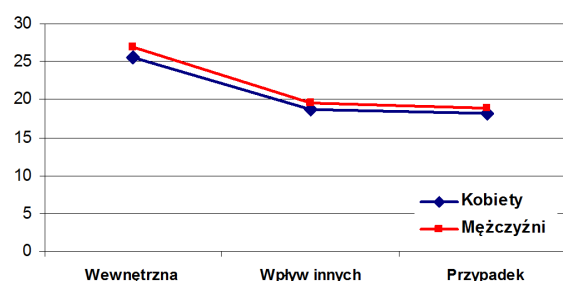
Badania wykazały, że żywienie badanej grupy było na dostatecznym poziomie, średnia punktów wyniosła $26,56 \pm 8,90$, najniższa ocena wyniosła 11 punktów, zaś najwyższa tylko 51 na maksymalnych 60. Stwierdzono, że aż 42,31% ($n=44$) respondentów miało zły sposób żywienia, 52,88% ($n=55$) dostateczny i tylko 4,81% ($n=5$) dobry.

Tab. 1. Średni poziom kontroli zdrowia (MHLC) w badanej grupie.

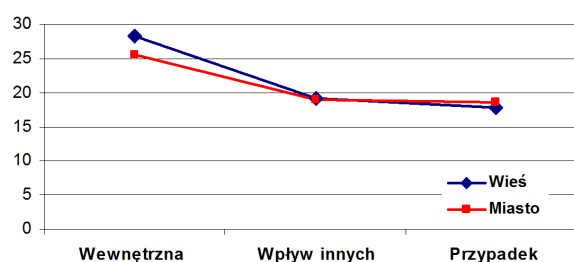
Wymiar-kontrola	Średnia	Min	Max	Odch.Std
Wewnętrzna	26,12	13,00	90,00	8,19
Wpływ innych	19,00	6,00	32,00	5,51
Przypadek	18,48	6,00	34,00	5,13

Tab. 2. Średni poziom kontroli zdrowia (MHLC) z uwzględnieniem badanych zmiennych.

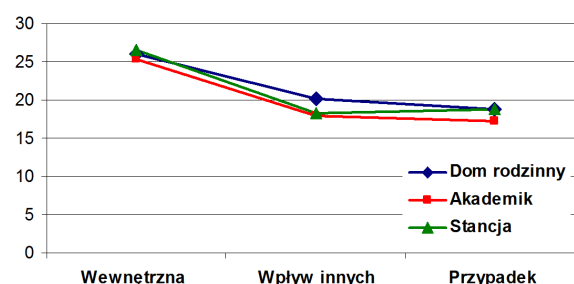
Zmienna	Wymiar-kontrola	Wewnętrzny	Wpływ innych	Przypadek	Odch.Std
Płeć	Kobiety	Średnia	25,51	18,64	18,16
		Odch.Std	5,29	5,59	4,59
	Mężczyźni	Średnia	27,00	19,51	18,93
		Odch.Std	11,10	5,41	5,40
	Analiza statystyczna		$t=0,91$; $p=0,36$	$t=0,79$; $p=0,42$	$t=0,75$; $p=0,46$
Miejsce zamieszkania	Wieś	Średnia	28,22	19,17	17,87
		Odch.Std	14,62	6,37	5,94
	Miasto	Średnia	25,53	18,95	18,65
		Odch.Std	5,09	5,28	4,91
	Analiza statystyczna		$t=-1,39$; $p=0,17$	$t=-0,17$; $p=0,86$	$t=0,65$; $p=0,52$
Miejsce zamieszkania podczas studiów	Dom rodzinny	Średnia	26,02	20,19	18,79
		Odch.Std	5,43	5,00	5,07
	Akademik	Średnia	25,26	17,95	17,21
		Odch.Std	5,08	4,98	4,87
	Stacja	Średnia	26,60	18,30	18,74
		Odch.Std	11,14	6,08	5,33
	Analiza statystyczna		$F=0,18$; $p=0,84$	$F=1,70$; $p=0,19$	$F=0,71$; $p=0,49$



Ryc. 1. Średni poziom kontroli zdrowia (MHLC) z uwzględnieniem płci badanych.



Ryc. 2. Średni poziom kontroli zdrowia (MHLC) z uwzględnieniem miejsca zamieszkania.



Ryc. 3. Średni poziom kontroli zdrowia (MHLC) z uwzględnieniem miejsca zamieszkania podczas studiów.

Dokonana analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic w ocenie żywienia pomiędzy mężczyznami i kobietami, osobami ze wsi i miasta oraz osobami mieszkającymi podczas studiów w domu rodzinnym, akademiku czy stacji. Jakkolwiek mężczyźni mieli lepszą ocenę żywienia (27,21) w porównaniu z kobietami (26,10), osoby ze wsi otrzymały wyższą ocenę (29,35) w porównaniu z ankietowanymi z miasta (25,77) oraz studenci mieszkający podczas studiów w akademiku uzyskali najgorszą ocenę żywienia (25,74) (Tab. 3).

Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała słabą korelację ujemną pomiędzy oceną żywienia a wewnętrzną kontrolą zdrowia ($r=-0,19$; $p=0,05$). Jeżeli w badanej grupie malała ocena sposobu żywienia, wewnętrzny wymiar kontroli zdrowia również tracił wartość wpływającą na stan zdrowia. Nie stwierdzono istotnego statystycznie związku z pozostałymi wymiarami kontroli zdrowia (Tab. 4).

DYSKUSJA

Unikanie zachowań ryzykownych jest tym skuteczniejsze, im bardziej osoba jest przekonana o swoim wpływie na zdrowie. Wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia jest wypadkową oddziaływań środowiska rodzinnego, szkoły, rówieśników, mediów i ochrony zdrowia. Stanowi wynik prawidłowej edukacji a także wysokiego poczucia własnej skuteczności oraz wartościowania zdrowia [13,14]. Literatura przedmiotu, wewnętrznemu umiejscowieniu kontroli zdrowia przeciwstawia zewnętrzne, to ostatecznie zaś różnicuje na wpływ innych i wpływ przypadku czy losu. Uważa się, że wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia jest korzystniejsze, gdyż osoby je prezentujące są bardziej autonomiczne w podejmowaniu decyzji, częściej angażują się w aktywności prozdrowotne, posiadają duże poczucie odpowiedzialności za własne zdrowie oraz dążą do jego utrzymania i poprawy [15]. Rola edukacji i promocji zdrowia jest motywowanie do podejmowania zachowań prozdrowotnych i unikanie tych niekorzystnych dla zdrowia. Doświadczenia wskazują, że działania ukierunkowane tylko na sferę poznawczą nie przynoszą oczekiwanych efektów. Konieczny jest również wpływ na emocje i motywację. Ogromne znaczenie ma także udzielanie wsparcia, co wymaga tworzenia oraz popularyzowania pozytywnych wzorców i postaw zdrowotnych [16].

Prezentowane wyniki badań pokazały, że w badanej grupie studentów wewnętrzny wymiar kontroli zdrowia ma największy wpływ na zdrowie, natomiast zewnętrzny w tym wpływ innych i przypadek mają niższe znaczenie. Zaobserwowano również, że dla mężczyzn wszystkie trzy wymiary kontroli zdrowia miały wyższą wagę niż dla kobiet. Dalsza analiza uzyskanych danych pozwoliła stwierdzić, że dla studentów pochodzących z rejonów wiejskich, wewnętrzny wymiar umiejscowienia kontroli zdrowia ma wyższy wpływ na zdrowie w porównaniu z osobami pochodzącymi z miasta. Natomiast studenci mieszkający podczas studiów w domu rodzinnym przypisują wyższą wagę wpływowi innych na zdrowie w porównaniu ze studentami mieszkającymi podczas studiów w akademiku czy na stacji.

Współcześnie występujące naukowe modele zdrowia i choroby skupiają się wokół dwóch głównych podejść do

■ Tab. 3. Średnia ocena żywienia z uwzględnieniem badanych zmiennych.

Zmienna		Średnia	Odch. Std.	Analiza statystyczna
Płeć	Kobiety	26,10	8,54	$t=0,62$; $p=0,53$
	Mężczyźni	27,21	9,46	
Miejsce stałego zamieszkania	Wieś	29,35	10,81	$t=1,72$; $p=0,09$
	Miasto	25,77	8,19	
Miejsce zamieszkania podczas studiów	Dom rodzinny	26,81	8,40	$F=0,010$; $p=0,91$
	Akademik	25,74	8,75	
	Stacja	26,67	9,61	

■ Tab. 4. Związek pomiędzy oceną sposobu żywienia a wymiarami umiejscowienia kontroli zdrowia (MHLIC).

Wymiary	Korelacja	
	r	p
Wewnętrzna	-0,19	0,05*
Wpływ innych	0,05	0,64
Przypadek	-0,08	0,44

zdrowia i choroby – podejście biomedyczne i holistyczno-funkcjonalne (holistyczne) [17]. Podejście biomedyczne traktuje zdrowie jako brak choroby, tj. brak zakłóceń w przebiegu funkcji biologicznych organizmu. Odmienne definiuje zdrowie model holistyczno-funkcjonalny, zdrowie jest tu jako proces dynamicznej równowagi, co implikuje ujmowanie go na kontinuum zdrowie – choroba, gdzie choroba pojawia się wskutek utraty zdolności do przywrócenia równowagi bio-psycho-społecznej i integralności organizmu. W tym modelu podkreśla się aktywną rolę podmiotu w osiągnięciu, utrzymaniu i ochronie zdrowia. W swoich badaniach Czarnecka i wsp. [18] m.in. poszukiwały związków dotyczących zależności pomiędzy subiektywnymi koncepcjami zdrowia i choroby a poczuciem umiejscowienia kontroli zdrowia w grupie 80 studentów uczelni poznańskich. Po analizie uzyskanych danych doszły do wniosku, że istnieje istotna statystycznie i wprost proporcjonalna zależność pomiędzy preferencją modelu holistycznego w przekonaniach studentów a wewnętrznym poczuciem lokalizacji zdrowia. Badaczki zauważyły również, że osoby o słabszej preferencji modelu holistycznego uzyskały wyższe wyniki na skali zewnętrznego poczucia kontroli zdrowia [18].

Badania przeprowadzone przez Fiszerę i wsp. [4] w grupie 230 studentów Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w wieku od 20 do 25 lat, pokazały, że w badanej grupie wymiar wewnętrzny ma największy wpływ na zdrowie, natomiast wymiar zewnętrzny miał niższe znaczenie. Uzyskane wyniki badań korespondują z własnymi. Dalej w cytowanych badaniach mężczyźni w większym stopniu niż kobiety są przekonani, że mogą kontrolować własne zdrowie. Płeć miała również wpływ na wyniki uzyskane w zakresie zewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia zlokalizowanego u innych ludzi. Kobiety charakteryzowały się silniejszym przekonaniem o wpływie innych osób oraz instytucji na stan ich zdrowia. Badacze stwierdzili również, że depresja i wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia są czynnikami, między którymi występuje istotna relacja.

Przeglądając literaturę przedmiotu autorzy pracy natknęli się na ciekawe badania Strzeleckiego i wsp. [19] Badania te zostały przeprowadzone wśród 456 uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych, a celem było określenie wpływu poczucia wewnętrznego lub zewnętrznego umiejscowienia kontroli na wykorzystanie substancji powszechnie uznawanych za uzależniające. Wyniki cytowanych badań wskazują, że osoby z wewnętrznym poczuciem umiejscowienia kontroli zdrowie w mniejszym stopniu prezentowały zachowania związane z nadużywaniem alkoholu, zażywaniem narkotyków miękkich i twardych oraz paleniem tytoniu w stosunku do osób z zewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia. Uzyskane wyniki badań były istotne statystycznie. Zatem umiejscowienie kontroli zdrowia wpływa znacząco na przejawianie zachowań antyzdrowotnych związanych ze stosowaniem substancji psychoaktywnych.

Jednym z podstawowych warunków dobrego stanu zdrowia jest prawidłowe żywienie. Jakość i ilość spożywanych pokarmów ma wpływ na funkcjonowanie organizmu. Całodzienna dieta powinna dostarczać wszystkich składników odżywczych w odpowiednich ilościach i pokryć zapotrzebowanie organizmu na energię. Dotyczy to zwłaszcza studentów, u których zaspokojenie potrzeb żywieniowych jest szczególnie ważne, podczas gdy realizacja często odbiega od zalecanych standardów [20]. Młodzież przebywa w specyficznych warunkach, w których szereg negatywnych czynników, takich jak nieregularny tryb życia, rozkład zajęć dydaktycznych, odległa lokalizacja uczelni, przemęczenie, stres i uzależnienia mogą wywołać określone skutki zdrowotne. Młodzi ludzie rozpoczynający naukę w szkołach wyższych, w skutek zmiany trybu życia, a nie rzadko i miejsca zamieszkania nabywają nowych przyzwyczajeń żywieniowych. Studenci mieszkający w domach rodzinnych zazwyczaj kontynuują wcześniejszy sposób żywienia, natomiast młodzież zmieniająca miejsce zamieszkania na dom akademicki lub stancje, musi starać się właściwie organizować i samodzielnie przygotowywać posiłki [12]. Wyniki badań własnych wykazały, że sposób żywienia badanych studentów był na poziomie średnim. Uzyskane wyniki korespondują z innymi badaniami przeprowadzonymi w grupie studentów, m.in. Krajewskiej i wsp. [21], Rasińskiej [22] oraz Misiarza i wsp. [23].

W badaniach własnych zaobserwowana istotną statystycznie zależność, a mianowicie wraz ze wzrostem wewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia ocena sposobu żywienia badanej grupy również rosła i odwrotnie. Własne wyniki badań korespondują z wynikami uzyskanymi przez Basińską i wsp. [24] Badacze analizowali wyniki skali MHLC oraz wynik badań poziomu hemoglobiny glikowanej jako wyznacznika prawidłowego sposobu żywienia wśród 62 osób chorych na cukrzycę typu 1. Wyniki ich badań wskazują, że w grupie kobiet istnieje związek pomiędzy stężeniem hemoglobiny glikowanej a przekonaniem o wpływie innych na kontrolę zdrowia. Im bardziej badane uważały, że stan zdrowia zależy od innych, tym mniej dbały o stosowanie się do zaleceń lekarskich w zakresie wdrażania prawidłowej diety. W grupie mężczyzn zauważono związek pomiędzy stężeniem hemoglobiny glikowanej a przekonaniem o wpływie przypadku

na stan zdrowia. Im bardziej badani uważali, że ich stan zdrowia zależy od losu lub szczęścia, tym słabiej stosowali się do zaleceń lekarskich w zakresie przestrzegania diety cukrzycowej.

WNIOSKI

1. W badanej grupie studentów dominuje wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia, natomiast wpływ innych i przypadek mają dla badanych niższe znaczenie.
2. W grupie badanych mężczyzn wszystkie trzy wymiary kontroli zdrowia miały większe znaczenie. Wewnętrzny wymiar kontroli zdrowia ma większy wymiar dla badanych pochodzących z rejonów wiejskich. Studenci mieszkający podczas studiów w domu rodzinnym przypisują wyższą wagę wpływowi innych na zdrowie.
3. Sposób żywienia badanych studentów był na poziomie średnim.
4. W badanej grupie zaobserwowano, że wraz ze spadkiem oceny sposobu żywienia, wewnętrzny wymiar kontroli zdrowia również tracił na wartości.

PIŚMIENNICTWO

1. Wrzeńska MA, Opuchlik K, Kocur J. Ocena umiejscowienia kontroli zdrowia u chorych na stwardnienie rozsiane. *Post Psychiatr Neurol*. 2008; 17(4): 313-318.
2. Basińska MA, Maćkowska P, Listwan A. Przekonania o umiejscowieniu kontroli zdrowia u chorych na cukrzycę typu 1 a zachowania zdrowotne. *Diabetol Prakt*. 2011; 12(4): 151-159.
3. Rotter JB. Poczucie wewnętrznej versus zewnętrznej kontroli wzmocnień. *Nowiny Psychol*. 1990; 5-6: 59-70.
4. Fiszer K, Sobów T. Związek umiejscowienia kontroli zdrowia z depresyjnością studentów uczelni medycznej. *MONZ*. 2013; 19(3): 294-299.
5. Ogińska - Bulik N. Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem. *Zeszyty Naukowe WSHE*. 2008; 8(13): 93-103.
6. Dolińska - Zygmunt G. *Elementy psychologii zdrowia*. Wrocław: Wyd. UW; 1996.
7. Juczyński Z. Przekonania i oczekiwania wyznacznikami zachowań związanych ze zdrowiem. [w:] *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*. Juczyński Z, Ogińska - Bulik N. (red.). Łódź: Wyd. Ut; 2003: 49-61.
8. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. PTP, Warszawa 2001.
9. Jachimowicz V, Gawłowski K, Juszcak K. Poczucie własnej skuteczności i umiejscowienie kontroli zdrowia a palenie papierosów wśród pielęgniarek. *Prz Lek*. 2011; 68(10): 879-882.
10. Wojtczak A. *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów XXI wieku*. Warszawa: PZWL; 2009.
11. Lisicki T, Walentynkiewicz A. Żywność jako przejaw stylu życia studentów kończących studia, [w:] *Prozdrowotny styl życia. Uwarunkowania społeczne*. Lisicki T, Wilk B, Walentynkiewicz A. (red.), Gdańsk: AWFIS; 2005.
12. Gawęcki J, Hryniewiecki L. (red.) *Żywność człowieka. Podstawy nauki o żywieniu*. Warszawa: Wyd. Naukowe PWN; 2000.
13. Bandura A. Health Promotion by Social-Cognitive Means. *Health Educ Behav*. 2004; 31: 143-164.
14. Kościelak R. Poczucie umiejscowienia kontroli i przekonania o własnej skuteczności w zdrowiu i chorobie. *Kraków: Impuls*; 2010: 46.
15. Norma P, Bennet P. Health locus of control. In: *Predicting health behaviour*. Ed Conner M, Norman P, Open University Press. Buckingham 1996: 62-94.
16. Schwarzer R. Social-cognitive factors in changing health-related behavior. *Curr Dir in Psychol Sci* 2001; 10: 47-51.
17. Bishop GD. *Psychologia zdrowia*. Wrocław: Astrum; 2000.
18. Czarnecka M, Cierpiatowska L. Naukowe a subiektywne koncepcje zdrowia i choroby wśród studentów i ich determinanty. *Now Lek*. 2007; 76(2): 161-165.
19. Strzelecki W, Cybulski M, Strzelecka M. Rola poczucia umiejscowienia kontroli w kształtowaniu wybranych zachowań zdrowotnych adolescentów. *Now Lek*. 2009; 78(1): 18-22.
20. Olędzka R, Kozłowska B, Wiśniewska J, i wsp. Ocena jakościowa i ilościowa sposobu żywienia studentów Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej w Warszawie w zależności od roku studiów i miejsca zamieszkania w latach 1997/1998 i 1999/2000. *Bromat Chem Toksykol*. 2002; 35(4): 315-322.

Sposób żywienia i umiejscowienie kontroli zdrowia w grupie studentów medycyny

21. Krajewska A, Słowiek-Gabryelska A. Ocena jakości żywienia studentów pierwszego roku zdrowie publicznego US. Zesz Nauk U Szczec. Prace Instytutu Kultury Fizycznej 2008; 25: 5-13.
22. Rasińska R. Nawyki żywieniowe studentów w zależności od płci. Now Lek. 2012; 81(4): 354-359.
23. Misiarz M, Małczyk E, Złoteńska-Synowiec M, i wsp. Ocena zachowań żywieniowych studentów kierunków medycznych i niemedycznych z województwa świętokrzyskiego. Piel Zdr Pub. 2013 3(3): 265-272.
24. Basińska MA, Zalewska-Rydzkowska D, Junik R, i wsp. Przewidywanie stosowania się do zaleceń dietetycznych przez chorych na cukrzycę typu 1 – związek z umiejscowieniem kontroli zdrowia. Diabetol Prakt. 2007; 8(11): 419-424.

Praca przyjęta do druku: 22/05/2014

Praca zaakceptowana do druku: 09/06/2014