

# Wybrane czynniki psychospołeczne a zachowania zdrowotne młodzieży licealnej

## Część III. Poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia a prezentowane zachowania profilaktyczne

Iwona Malinowska-Lipień<sup>1</sup>, Ewa Kawalec-Kajstura<sup>1</sup>,  
Agata Reczek<sup>1</sup>, Tomasz Brzostek<sup>1</sup>, Teresa Gabryś<sup>1</sup>,  
Marek Motyka<sup>2</sup>, Joanna Baran<sup>2</sup>, Anna Piskorz<sup>3</sup>, Marta Kasper<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego i Środowiskowego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków; <sup>2</sup> Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków; <sup>3</sup> Zakład Zarządzania Pielęgniarstwem i Pielęgniarstwa Epidemiologicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

*Adres do korespondencji:* Iwona Malinowska-Lipień, Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego i Środowiskowego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, ul. Kopernika 25, 31-501 Kraków, iwona.malinowska-lipien@uj.edu.pl

### Abstract

#### *Locus of health control and observed prophylactic behaviors in secondary school students Initial study*

**Introduction.** Personal health locus control is related to health behavior presented by adult people. Persons with the internal health locus control, take greater responsibility for maintaining and improving their own health in comparison with people with the external health locus control pattern. It is anticipated that the internal health locus control might influence older adolescents to perform pro-health behaviors as well.

**Goal.** To verify if there is a correlation between the health locus control and selected preventive behavior patterns presented by high school students.

**Materials and methods.** The study was conducted in a group of 1036 students (688 girls and 348 boys) aged 16–19 years. The Multidimensional Health Locus Control Scale (MHLC) and the Health Behavior Inventory (Preventive Behaviors) were used.

**Results.** In the study group, the mean value of the internal health locus control (24.51 points) was higher than two others: 18.18 points for the influence of other people and 17.94 points for the impact of the event. The influence of other people was stronger among 16 year olds (18.61 points) than in older student groups. In the group of 17-year-old students the importance of internal control (26.69 points) was the strongest. Concerning presented preventive behavior patterns the studied group of adolescents received an average score of 18.36 points; the value for women (18.62 points) was statistically higher than for men (17.85 points),  $p = 0.023$ . The linear regression analysis proved a significant correlation between student preventive behaviors and the internal health locus control ( $p = 0.0000$ ,  $r^2 = 0.20$ ), as well as with the influence of other people ( $p = 0.0000$ ;  $r^2 = 0.26$ ).

**Conclusions.** (1) In high school students the internal health locus control and the influence of others (especially among 16-year-olds) are correlated with health behaviors presented by young people. (2) These results indicate a need for targeted interventions aiming to increase the internal health locus control in assuming the increasing responsibility of high school students for their own health behavior.

**Key words:** health locus control, preventive behavior, adolescents, high school students

**Słowa kluczowe:** umiejscowienie kontroli zdrowia, zachowania profilaktyczne, młodzież ponadgimnazjalna

## Wstęp

Zdrowie człowieka uwarunkowane jest wieloma czynnikami, w tym społecznymi, socjoekonomicznymi, kulturowymi, a także osobniczymi. Do tych ostatnich zalicza się zachowania zdrowotne, istotnie i bezpośrednio wpływające na stan zdrowia [1]. W grupie osób dorosłych podejmowanie zachowań ukierunkowanych na poprawę stanu zdrowia oznacza ukształtowaną, odpowiedzialną postawę wobec zdrowia i związane jest z posiadaniem wewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia, które sprzyja podejmowaniu zachowań ukierunkowanych na jego poprawę, takich jak np. prawidłowe nawyki żywieniowe, podejmowanie aktywności fizycznej i zachowań profilaktycznych [2]. Dostępne piśmiennictwo dotyczące związku pomiędzy umiejscowieniem kontroli zdrowia a zachowaniami zdrowotnymi młodzieży jest ubogie. Bishop uważa, że ludzie cechujący się wewnętrzną kontrolą są bardziej skłonni do podejmowania wysiłku w celu utrzymania dobrego samopoczucia, działań profilaktycznych, zwłaszcza gdy osoba umiejscawia zdrowie wysoko w hierarchii własnych wartości [3]. Równocześnie zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia (przypisywanie wpływu na własne zdrowie innym osobom lub przypadkowi) jest często oznaką braku dojrzałości i poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie [2].

Zachowania zdrowotne kształtowane są od wczesnego dzieciństwa w procesie wychowania i socjalizacji, a konkretny obraz przybierają w okresie adolescencji, przypadającym na drugą dekadę życia, kiedy to nabywana jest ukierunkowana wiedza i umiejętności oraz ulegają utrwaleniu przekonania i postawy decydujące o stylu życia prezentowanym w przyszłości [4]. Zatem określenie umiejscowienia kontroli zdrowia u osób młodych, będących u progu dorosłości, oraz poznanie prezentowanych przez młodzież ponadgimnazjalną zachowań profilaktycznych wydaje się istotne dla dalszego, dorosłego życia. Poznanie relacji pomiędzy powyższymi zmiennymi ma tym większe znaczenie, iż dla znacznego odsetka młodzieży szkoła ponadgimnazjalna stanowi ostatni etap nauki i ostatnią szansę na kształtowanie odpowiedzialności za własne zdrowie [5].

**Celem pracy** było sprawdzenie, czy w grupie młodzieży ponadgimnazjalnej istnieje korelacja pomiędzy poczuciem umiejscowienia kontroli zdrowia a wybranymi zachowaniami profilaktycznymi.

## Materiał i metoda

Badania przeprowadzono w grupie uczniów w wieku od 16 do 19 lat z klas ponadgimnazjalnych trzech szkół krakowskich. Łączna liczba młodzieży uczęszczającej do wyżej wymienionych klas wynosiła około 1300 osób.

Badania zostały przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem anonimowego kwestionariusza ankiety w wersji elektronicznej. Respondenci otrzymali na lekcji informatyki adres strony internetowej, pod którym znajdowała się ankieta, i podczas zajęć ją wypełniali. Każdy z badanych posiadał specjalny kod,

który wyróżniał ankietowanego. W celu oceny poczucia umiejscowienia kontroli posłużono się metodą sondażu diagnostycznego opartego na wielowymiarowej skali umiejscowienia kontroli zdrowia – MHLC (The Multidimensional Health Locus of Control Scale) [6]. Skala MHLC zawiera 18 stwierdzeń z zakresu zagadnień związanych ze zdrowiem, z którymi respondent może się zgodzić lub nie. Każdemu ze stwierdzeń przypisywano określoną liczbę punktów. Uzyskane wyniki interpretowano w zakresie zgeneralizowanych oczekiwań w trzech wymiarach umiejscowienia kontroli zdrowia: wewnętrzny (W) – kontrola nad własnym zdrowiem zależy ode mnie; wpływ innych (I) – własne zdrowie jest wynikiem oddziaływania innych osób (m.in. lekarzy, pielęgniarek, rodziny, przyjaciół); przypadek (P) – o stanie zdrowia decyduje przypadek lub inne czynniki zewnętrzne. Wyniki uzyskane w kwestionariuszu obliczono za pomocą klucza diagnostycznego, oddzielnie dla każdego z trzech wymiarów umiejscowienia kontroli zdrowia. Zakres wyników każdej ze skal obejmował przedział od 6 do 36 pkt. Wyższy wynik wskazuje, że dany czynnik ma istotniejszy wpływ na stan zdrowia [6].

Do oceny zachowań profilaktycznych posłużono się Inwentarzem Zachowań Zdrowotnych Zygryda Juczyńskiego [6], który mierzy między innymi zachowania w kategorii zachowań profilaktycznych (ZP) dotyczących przede wszystkim przestrzegania zaleceń zdrowotnych.

Do oceny zachowań zdrowotnych wykorzystano również autorski kwestionariusz zawierający pytania dotyczące podejmowanej aktywności fizycznej, odżywiania, palenia tytoniu, spożywania alkoholu.

## Analiza statystyczna danych

Obliczenia i analizę statystyczną wykonano za pomocą pakietu STATISTICA 10.0 PL. Dla zebranego materiału wyliczono statystyki opisowe (średnia, odchylenie standardowe). W odniesieniu do zmiennych jakościowych zastosowano liczebność (n) i procent (%). Do porównania dwóch grup wykorzystano test t-Studenta, a w przypadku braku normalności rozkładu – nieparametryczny test U Manna-Whitneya. Weryfikację normalności rozkładu przeprowadzono za pomocą testu Shapiro-Wilka. Oceny powiązania analizowanych cech dokonano za pomocą współczynnika korelacji rang Spearmana. Powiązanie zmiennych jakościowych oceniano za pomocą testu Chi-kwadrat ( $\chi^2$ ). We wszystkich analizach jako istotne przyjęto efekty, dla których wartość prawdopodobieństwa p była mniejsza od przyjętego poziomu istotności 0,05 ( $p < 0,05$ ).

## Wyniki

Badania przeprowadzono wśród 1036 uczniów (688 dziewcząt i 348 chłopców) w wieku od 16 do 19 lat, co stanowiło prawie 80% ogółu młodzieży klas ponadgimnazjalnych w analizowanych szkołach. Większość badanych osób (n = 641, tj. 61,87%) zamieszkiwała duże miasto, 289 (tj. 27,90%) było mieszkańcami wsi, pozostałe osoby mieszkały w małym mieście (n = 106; 10,23%).

## Umiejscowienie kontroli zdrowia

Spośród trzech analizowanych wymiarów umiejscowienia kontroli zdrowia MHLC średnia wartość wewnętrznej umiejscowienia kontroli zdrowia (W) wynosiła 24,51 pkt, co świadczy, że badani młodzi ludzie byli przekonani, że to od nich samych zależy kontrola własnego zdrowia. W ocenie badanych średnia wartość wpływu innych (I) na umiejscowienie kontroli zdrowia wynosiła 18,18 pkt. Badani uczniowie w najmniejszym stopniu uważali, że o stanie zdrowia decyduje przypadek lub inne czynniki zewnętrzne (P) – 17,94 pkt. W żadnym z powyższych przypadków analiza statystyczna nie wykazała zróżnicowania wyników w zależności od płci (**Tabela I**).

Najwyższe poczucie kontroli wewnętrznej (W) zaobserwowano w grupie 17-latków ( $X = 24,69$ ), było ono nieco wyższe niż w grupie 18–19-latków ( $X = 24,42$ ). W grupie 18–19-latków zaznaczył się wzrost znaczenia

zarówno przypadku (P) ( $X = 18,11$ ), jak i innych osób (I) ( $X = 17,86$ ). Wpływ innych na zdrowie (I) w największym stopniu wykazano w grupie 16-latków ( $X = 18,61$ ) (**Tabela II**).

Nie wykazano istotnych różnic między uczniami najstarszymi (w wieku 18–19 lat) a uczniami 16-letnimi ( $p = 0,99$ ) i 17-letnimi ( $p = 0,88$ ) w zakresie wewnętrznej umiejscowienia kontroli zdrowia (W) (**Tabela III**).

Młodzież w wieku 16 lat wskazywała znamienne częściej na większy wpływ innych osób (I) ( $X = 18,61$  pkt) na ich zdrowie niż uczniowie 17-letni ( $X = 17,13$  pkt),  $p = 0,003$  (**Tabela IV**).

Nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic pomiędzy wiekiem badanych a przekonaniem, że o stanie zdrowia decyduje przypadek (P), jakkolwiek najstarsi, tj. 18–19-letni uczniowie nieznamienne częściej aniżeli młodsi prezentowali stanowisko, że stan zdrowia jest kwestią przypadku (**Tabela V**).

Wymiar – kontrola	Oznaczenie	Średnie wyniki		
		Wszyscy badani	Kobiety	Mężczyźni
Kontrola wewnętrzna	W	24,51 (SD = 5,54)	24,36 (SD = 5,36)	24,79 (SD = 5,52)
			$p = 0,228$	
Wpływ innych osób	I	18,18 (SD = 5,75)	18,09 (SD = 5,63)	18,37 (SD = 6,00)
			$p = 0,484$	
Wpływ przypadku	P	17,94 (SD = 5,86)	17,76 (SD = 5,73)	17,86 (SD = 6,10)
			$p = 0,891$	

MHLC – wielowymiarowa skala umiejscowienia kontroli zdrowia (średnie arytmetyczne), SD – odchylenie standardowe

**Tabela I.** MHLC – średnie wyniki badanych w poszczególnych wymiarach umiejscowienia kontroli zdrowia.

Źródło: Opracowanie własne.

Wiek	N = 1036	W	I	P
16 lat	652	24,47 (SD = 5,45)	18,61 (SD = 5,74)	17,80 (SD = 5,97)
17 lat	212	24,69 (SD = 5,15)	17,13 (SD = 5,18)	17,51 (SD = 5,61)
18–19 lat	172	24,42 (SD = 5,65)	17,86 (SD = 6,30)	18,11 (SD = 5,75)

SD – odchylenie standardowe

**Tabela II.** Wiek badanych a średnie wyniki poszczególnych wymiarów kontroli zdrowia.

Źródło: Opracowanie własne.

MHLC-W	16 lat	17 lat	18–19 lat
16 lat		$p = 0,88$	$p = 0,99$
17 lat	$p = 0,88$		$p = 0,98$
18–19 lat	$p = 0,99$	$p = 0,98$	

**Tabela III.** Wpływ wieku badanych na wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia (W).

Źródło: Opracowanie własne.

MHLC-I	16 lat	17 lat	18–19 lat
16 lat		p = 0,003	p = 0,89
17 lat	p = 0,003		p = 0,40
18–19 lat	p = 0,89	p = 0,40	

**Tabela IV.** Wpływ wieku badanych na umiejscowienie kontroli zdrowia w zakresie wpływu innych (I).

Źródło: Opracowanie własne.

MHLC-P	16 lat	17 lat	18–19 lat
16 lat		p = 0,65	p = 0,57
17 lat	p = 0,65		p = 0,38
18–19 lat	p = 0,57	p = 0,38	

**Tabela V.** Wpływ wieku badanych na umiejscowienie kontroli zdrowia, o którym decyduje przypadek (P).

Źródło: Opracowanie własne.

## Zachowania zdrowotne

Na podstawie Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ) dokonano oceny ZP obejmujących przestrzeganie zaleceń lekarskich wynikających z wyników badań, regularnych kontroli lekarskich, uzyskiwania informacji medycznych, zrozumienia przyczyn zdrowia i choroby. W tym aspekcie badana młodzież uzyskała średni wynik 3,06 pkt (SD = 0,77). Dziewczęta uzyskały istotnie statystycznie wyższe wartości punktowe aniżeli badani chłopcy, tj. 2,97 pkt (SD = 0,97) vs 3,10 pkt (0,75),  $p = 0,023$ .

Analiza korelacji w całej badanej grupie wykazała istnienie współzależności pomiędzy prezentowanymi przez badaną grupę młodzieży ZP a wewnętrzną kontrolą (W),  $p = 0,000$ ,  $r^2 = 0,20$  oraz wpływem innych osób na zdrowie (I),  $p = 0,0000$ ,  $r^2 = 0,26$ .

Wśród badanej młodzieży 88,22% ( $n = 914$ ,  $K = 613$ ,  $M = 301$ ) uczestniczyło w lekcjach wychowania fizycznego, a w pozalekcyjnych zajęciach sportowych brało udział 40,74% uczniów ( $n = 422$ ,  $K = 233$ ,  $M = 189$ ). Zalecany poziom aktywności fizycznej, tj. poświęcanie co najmniej 60 minut dziennie przez 7 dni w tygodniu na czynności i zajęcia związane z wysiłkiem fizycznym i ruchem skutkującym przyspieszeniem czynności serca i oddechu, wykazywało zaledwie 5,79% badanej młodzieży ( $n = 60$ ,  $K = 36$ ,  $M = 24$ ).

Ponad połowa młodzieży (52,24%;  $n = 562$ ,  $K = 403$ ,  $M = 159$ ) przyznała, że odżywiała się w sposób nieregularny. Spożywanie zalecanej codziennej porcji warzyw i owoców (co najmniej 5 razy dziennie) zadeklarowało zaledwie 5,12% badanych ( $n = 53$ ,  $K = 35$ ,  $M = 18$ ), natomiast 18,63% ( $n = 192$ ,  $K = 121$ ,  $M = 71$ ) spożywało je rzadziej niż raz dziennie.

W badanej grupie 8,59% nastolatków wskazało na aktywne palenie tytoniu ( $n = 89$ ,  $K = 48$ ,  $M = 41$ ). Narażenie na przebywanie w pomieszczeniach, w których inne osoby palą papierosy „często” lub „bardzo często”, deklarowała prawie jedna trzecia badanej młodzieży

(31,08%;  $n = 322$ ,  $K = 225$ ,  $M = 97$ ). Do spożywania alkoholu przyznało się 37,74% uczniów ( $n = 391$ ,  $K = 213$ ,  $M = 178$ ).

## Dyskusja

W badaniach własnych dorastająca młodzież wyżej umiejscawiała kontrolę wewnętrzną nad własnym zdrowiem (24,51 pkt) w stosunku do wpływu innych osób (18,18 pkt) lub przypadku (17,94 pkt). Podobne wyniki uzyskały Naszydlowska i wsp., badając grupę 78 studentów kierunków medycznych (19–23 lata). Autorki w badanej grupie wykazały przewagę kontroli wewnętrznej (28,61 pkt) nad wpływem innych osób (18,76 pkt) czy przypadkiem (15,65 pkt), co w tamtych badaniach mogło być wynikiem obranego kierunku studiów, sprzyjającego nabywaniu większej świadomości i odpowiedzialności za własne zdrowie [7].

W badaniu własnym nie wykazano związku pomiędzy płcią a umiejscowieniem kontroli zdrowia w żadnym z analizowanych jej wymiarów. Natomiast Penar-Zadarko i wsp. wykazali istotną różnicę w zależności od płci badanych w zakresie wewnętrznego poczucia kontroli zdrowia w badaniu obejmującym 457 studentów [8].

Według wiedzy autorów przedstawiona praca jest pierwszą publikacją polską wykazującą korelację pomiędzy prezentowanymi przez dorastającą młodzież zachowaniami profilaktycznymi a lokalizacją kontroli zdrowia. Praca wskazuje na zmienność lokalizacji punktu kontroli zdrowia przy silniejszej obecności wpływu innych osób wśród młodzieży 16-letniej i wzmocnieniu wewnętrznego punktu kontroli w grupie 17-latków. Ciekawy okazał się wynik wskazujący, że znaczenie wewnętrznej kontroli zdrowia obniżyło się w grupie 18–19-latków. Powodem tej zmiany może być niska liczebność grupy 18–19-latków w stosunku do dwóch pozostałych. Nie można jednak wykluczyć autentycznego nasilenia wpływu grup rówieśniczych oraz związanej

z wejściem w dorosłość indywidualizacji zachowań [4]. Dotychczas większość autorów skupiała się nad wpływem osób trzecich, głównie grup nieformalnych bądź grup rówieśniczych, w kontekście umiejscowienia kontroli zdrowia w porównaniu z zachowaniami negatywnymi [8–10]. Strzelecki i wsp., obejmując badaniem grupę 456 uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych, wykazali, że poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia wpływa znacząco na zachowania zdrowotne młodzieży, a jej zewnętrzne umiejscowienie dodatnio koreluje ze stosowaniem używek, tj. alkoholu, narkotyków, nikotyny [9]. W naszych badaniach wykazano istotny wpływ innych osób na zachowania profilaktyczne, zwłaszcza w grupie 16-latków, niemniej zaobserwowano znamienne obniżenie się tego wpływu już w grupie 17-letniej młodzieży.

Jednym z analizowanych zachowań profilaktycznych badanej grupy młodzieży było przestrzeganie zaleceń dietetycznych. Ponad połowa uczniów przyznała się do nieregularnego spożywania głównych posiłków w ciągu dnia, a nieprawidłowo niskie codzienne spożycie warzyw i owoców wykazano aż u 95% badanych uczniów. Badanie HBSC (Health Behaviour In School-aged Children) z 2010 roku udokumentowało, że owoce częściej niż raz dziennie jada zaledwie 9,4% młodzieży 17–18-letniej; w odniesieniu do warzyw odsetek ten wynosił zaledwie 7,7% [11]. Podobnie niepokojące wyniki prezentuje Zięba-Kołodziej i wsp., w których badaniach aż 69% młodzieży nie spożywa owoców, a 74% badanych przez Czerwiak przyznaje, że nie zjada warzyw [12, 13]. Wśród badanych przez nas licealistów 18,6% spożywało warzywa i owoce rzadziej niż raz dziennie.

W naszych badaniach zaledwie 9% młodzieży przyznało, że jest aktywnymi palaczami. Strzelecki i wsp. wskazali, iż antyzdrowotne zachowania adolescentów polegające na stosowaniu używek mają podłoże we wpływie grup rówieśniczych oraz innych osób, co odpowiada zewnętrznemu umiejscowieniu poczucia kontroli. W jego badaniach 46,4% adolescentów miało kontakt z nikotyną, w tym osoby z wewnętrznym umiejscowieniem poczucia kontroli [9]. Wśród 164 16-latków przebadanych przez Grochowską i Schlegel-Zawadzka do palenia tytoniu przyznało się 7,3% młodzieży, a 28% uczniów deklaroowało palenie kiedykolwiek w przeszłości. W badanej przez autorki grupie aż 23,0% uczniów było namawianych w ciągu poprzednich 30 dni do zapalenia papierosa [10]. Badania przeprowadzone przez Dziubak i wsp. wskazują, że do palenia papierosów przyznało się 29,6% licealistów, nieco mniej u Zięby-Kołodziej – 17% uczniów szkół ponadgimnazjalnych [12, 14]. W tym świetle na uwagę zasługuje fakt, że w naszym badaniu inne osoby najsilniej wpływały na zachowania zdrowotne młodzieży 16-letniej, co może być związane jeszcze z wpływem środowiska rodzinnego [4]. Wzrost wpływu innych osób lub przypadku jest niezwykle istotną informacją w planowaniu działań wychowawczych i zajęć profilaktycznych wśród młodzieży 18–19-letniej.

W naszym badaniu spożywanie alkoholu potwierdziło 33,7% badanej młodzieży ponadgimnazjalnej, 62,2% uczniów deklaroowało abstynencję. Tymczasem w bada-

niach Szczerbińskiego i wsp. kontakt z napojami alkoholowymi zadeklarowało aż 80,4% ogółu badanych uczniów szkół ponadgimnazjalnych, w badaniach Dziubak do spożywania alkoholu przyznało się 90,4% licealistów [14, 15]. W kwestii spożywania alkoholu jedynie niższe wyniki prezentuje Zięba-Kołodziej, w której badaniach 26% młodzieży ponadgimnazjalnej piło alkohol [12]. Także w badaniu Strzeleckiego i wsp. odsetek pijącej alkohol młodzieży był wyższy w porównaniu z badanymi przez nas nastolatkami, jedynie 31,9% młodzieży potwierdziło, że nie spożywa alkoholu, w większości byli to adolescenty prezentujący wewnętrzne umiejscowienie kontroli [9].

Podkreślić należy, że w badanej przez nas grupie młodzieży, pomimo przewagi wewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia, tylko 5,8% osób realizowało wysiłek fizyczny na zalecanym poziomie. W naszym badaniu 88,2% adolescentów uczestniczyło w zajęciach wychowania fizycznego, identyczne wyniki prezentuje Saracen [16]. Zagadnienie to zgłębiali Kurzak i Pawelec, w ich badaniach 3/4 młodzieży deklaroowała aktywność fizyczną poza obowiązkowymi zajęciami w szkole [17]. Jednak jako zajęcia dodatkowe w naszym badaniu sport wybierało 40,7%, u Saracen odsetek ten wynosił 27,0% [16]. Cytowana autorka udowodnia, że w sporcie pozalekcyjnym istotnie częściej ( $p = 0,00001$ ) uczestniczyli uczniowie klas pierwszych (30,1%) niż klas ostatnich (23,5%). Ponadto wykazała ona, że uczniowie preferowali raczej gry zespołowe (61,0%) oraz taneczną formę ćwiczeń (15,0%), co może stanowić podpowiedź dla organizatorów zajęć szkolnych i pozalekcyjnych [16]. Z danych pochodzących z badania Jodkowskiej i wsp. wynika natomiast, że zgodna z rekomendacjami aktywność fizyczna charakteryzuje około 20% uczniów szkół ponadgimnazjalnych, istotnie częściej chłopców ( $p < 0,001$ ) [18].

Okres adolescencji to czas kształtowania się osobowości, w tym świadomości zdrowotnej wynikającej z przyswajania wiedzy o świecie oraz postrzegania zdrowia jako istotnej wartości. Dlatego tak ważne wydaje się nie tylko uświadomienie młodym ludziom negatywnego wpływu antyzdrowotnego stylu życia, lecz także skupienie ich uwagi na działaniach profilaktycznych, zainspirowanie ich do pozytywnego wzmocnienia stanu zdrowia [9, 19]. Istotne jest znalezienie dla oświaty zdrowotnej trafnych form przekazu, lepiej rozumianych przez pokolenie nastolatków. Badana przez Saracen młodzież wskazała, iż wiedzy o zdrowym stylu życia dostarczył im najczęściej internet (34,5%), rzadziej szkoła (20,2%) i rodzice (16,1%). Po książki jako źródło wiedzy o zdrowiu sięgało zaledwie 5,5% adolescentów. Chłopcy częściej niż dziewczęta korzystali z internetu, dziewczęta preferowały jednak szkołę i książki [16]. Powyższe informacje sugerują, z jakich środków przekazu można korzystać, myśląc o zintensyfikowaniu działań promujących zdrowie.

Zastosowana w naszym badaniu forma ankiety (on-line) wpisuje się w internetowy element rzeczywistości młodzieżowej, będąc aktualnie atrakcyjniejszą i indywidualną formą zapisu; także lepszą bazą zbierania i gromadzenia danych. Fakt, że badanie zostało zrealizo-



wane w czasie trwania lekcji, stanowi element obiektywizujący uzyskane wyniki. Ograniczenie czasu (45 minut) sprzyja większej indywidualności udzielania odpowiedzi przez uczniów oraz uniemożliwia konsultowanie udzielanych odpowiedzi z rówieśnikami czy ich weryfikację w e-bazach danych. Fakt zrealizowania badań we współpracy ze szkołą stanowi element uwiarygodniający badaczy w oczach uczniów, co jest niezwykle istotne dla uzyskania należytej rzetelności wypełnienia ankiet [20]. Równocześnie badacze mają świadomość, że udzielanie odpowiedzi w środowisku szkolnym (mimo pełnej anonimowości) mogło ograniczyć liczbę osób przyznających się do zachowań antyzdrowotnych, jak palenie tytoniu czy spożywanie alkoholu.

## Wnioski

1. W grupie młodzieży ponadgimnazjalnej wewnętrzne umiejscowienie poczucia kontroli, a także wpływ innych osób (zwłaszcza wśród 16-latków) są skorelowane z podejmowaniem zachowań profilaktycznych.
2. Wyniki wskazują na potrzebę ukierunkowanych oddziaływań edukacyjnych zmierzających do zwiększenia odpowiedzialności dorastającej młodzieży za własne zachowania zdrowotne.

## Piśmiennictwo

1. Gromulska L., Piotrowicz M., Cianciara D., *Własna skuteczność w modelach zachowań zdrowotnych oraz w edukacji zdrowotnej*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2009; 63: 427–432.
2. Smoleń E., Cibora E., Penar-Zadarko B., Gazdowicz L., *Wybrane zachowania zdrowotne młodzieży akademickiej a umiejscowienie kontroli zdrowia*, „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie” 2012; 4: 474–484.
3. Bishop G.D., *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2000: 103–132.
4. Zadworna-Cieślak M., Ogińska-Bulik N., *Zachowania zdrowotne młodzieży – uwarunkowania podmiotowe i rodzinne*, Difin, Warszawa 2011: 25–78.
5. Hayman L.L., Reineke P.R., *Promoting cardiovascular health in children and adolescents*, „The Journal of Cardiovascular Nursing” 2006; 21 (4): 269–275.
6. Juczyński Z., *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2001: 73–86, 116–122.
7. Naszydłowska E., Kozieł D., Trawczyńska M., *Ocena zachowań zdrowotnych młodzieży oraz ustalenie kierunków ich modyfikacji*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Sectio D” 2003; 58 (suppl. 13): 354–359.
8. Penar-Zadarko B., Zadarko E., Binkowska-Bury M., Januszewicz P., *Rozpowszechnienie palenia tytoniu wśród studentów a umiejscowienie kontroli zdrowia*, „Przegląd Lekarski” 2009; 66 (10): 705–708.
9. Strzelecki W., Cybulski M., Strzelecka M., *Rola poczucia umiejscowienia kontroli w kształtowaniu wybranych zachowań zdrowotnych adolescentów*, „Nowiny Lekarskie” 2009; 78 (1): 18–22.
10. Grochowska A., Schlegel-Zawadzka M., *Palenie tytoniu jako przykład antyzdrowotnych zachowań wśród młodzieży szkół ponadgimnazjalnych*, „Studia Medyczne” 2008; 11: 29–32.
11. Mazur J., Małkowska-Szkutnik A., *Wyniki badania HBSC 2010. Raport techniczny*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2011: 97–108.
12. Zięba-Kołodziej B., *Na marginesie zdrowia, czyli o zachowaniach zdrowotnych młodzieży szkół ponadgimnazjalnych*, „Nowiny Lekarskie” 2012; 81 (4): 330–336.
13. Czerwiak A., Czerwiak G., Oblacińska A., *Styl życia gimnazjalistów*, „Studia Medyczne” 2012; 26 (2): 61–68.
14. Dziubak M., Dziedzic M., Mierzwa A., *Wiedza licealistów o wpływie stylu życia na występowanie chorób układu krążenia i chorób nowotworowych, a zachowania zdrowotne*, „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie”, 2011; 2: 224–238.
15. Szczerbiński R., Karczewski J., Szpak A., Karczewska Z., *Zachowania zdrowotne młodzieży szkół ponadgimnazjalnych w powiecie sokólskim, Cz. II. Palenie papierosów i picie napojów alkoholowych*, „Roczniki PZH” 2007; 58 (3): 525–532.
16. Saracen A., *Zachowania zdrowotne młodzieży szkół ponadgimnazjalnych*, „Hygeia Public Health” 2010; 45 (1): 70–73.
17. Kurzak M., Pawelec K., *Zachowania zdrowotne warszawskich gimnazjalistów*, „Zeszyty Naukowe WSKFiT” 2013; 8: 11–17.
18. Jodkowska M., Oblacińska A., Mikiel-Kostyra K., Tabak I., *Częstość występowania czynników ryzyka miażdżycy u młodzieży w wieku 16–18 lat – uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce*, „Medycyna Wieku Rozwojowego” 2012; 16 (2): 96–103.
19. Kolarczyk E.B., *Zachowania zdrowotne młodzieży gimnazjalnej ponadgimnazjalnej*, „Pielęgniarstwo; Zdrowie Publiczne” 2015; 5 (3): 305–310.
20. Szpunar M., *Jak zwiększyć odsetek wypełnień w badaniu internetowym – fakty i mity na temat kwestionariuszy on-line*, „Studia Medioznawcze UW”, Warszawa 2008; 1: 42–54.