

Podmiotowe czynniki ryzyka zachowań antyzdrowotnych w grupie lekarzy medycyny

Subjective risk factors of unhealthy behaviors in a group of medical doctors

Monika Bąk-Sosnowska^{1 (a, b)}, Sebastian Kołodziej^{2 (a, c)}, Krzysztof Gojdz^{2 (c)},
Violetta Skrzypulec-Plinta^{3 (d)}

¹ Zakład Psychologii, Katedra Filozofii i Nauk Humanistycznych, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny. Kierownik: dr n. hum. M. Bąk-Sosnowska

² Dr Krzysztof Gojdz Clinic. Dyrektor: dr n. med. K. Gojdz

³ Katedra Zdrowia Kobiety, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny. Kierownik: prof. dr hab. n. med. V. Skrzypulec-Plinta

(a) autorstwo koncepcji badania

(b) autorstwo artykułu

(c) zbieranie danych

(d) analiza statystyczna danych

STRESZCZENIE

Wstęp. Zachowania antyzdrowotne prezentowane przez lekarzy wywierają negatywny wpływ na postawy pacjentów wobec profilaktyki zdrowia i leczenia. Celem badania było określenie podmiotowych czynników ryzyka zachowań antyzdrowotnych wśród lekarzy.

Materiał i metody. Zbadano 523 czynnych lekarzy medycyny. Średni wiek badanych wynosił $49,16 \pm 13,56$ lat, średni staż pracy $23,68 \pm 13,77$ lat. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego i następujące narzędzia badawcze: Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ), Lista Kryteriów Zdrowia (LKZ), Inwentarz Radzenia Sobie ze Stressem (Mini-Cope), Test Orientacji Życiowej (SOC-29).

Wyniki. Przewagę zachowań antyzdrowotnych stwierdzono u 27,34% grupy badanej. Na podstawie analizy wieloczynnikowej metodą regresji logistycznej wykazano, że ryzyko wystąpienia zachowań antyzdrowotnych w grupie lekarzy rośnie: o 3,2% z każdym wcześniejszym rokiem od ukończenia specjalizacji ($p < 0,01$), o 2,6% wraz ze zmniejszeniem się o każdy punkt wyniku ogólnego na skali poczucia koherencji SOC-29 ($p < 0,001$), o 14,4% wraz ze zmniejszeniem się o każdy punkt wyniku na skali aktywnego radzenia sobie Mini-COPE ($p < 0,01$).

Wnioski. 1. Ryzyko zachowań antyzdrowotnych wśród lekarzy wzrasta pod wpływem następujących czynników: obniżona umiejętność aktywnego radzenia sobie ze stresem, krótszy czas od ukończenia specjalizacji, niższe poczucie koherencji. 2. W trakcie studiów medycznych należy stwarzać warunki sprzyjające poczuciu koherencji studentów oraz wzmacniać ich aktywność i postrzeganie zdrowia w kategoriach procesu.

Słowa kluczowe: zachowania antyzdrowotne, lekarze, zdrowie, zachowania zdrowotne

ABSTRACT

Introduction. Unhealthy behaviors displayed by doctors impact negatively on the attitude of patients towards illness prevention and treatment. The aim of the study was to identify risk factors of unhealthy behaviors among physicians.

Material and methods. 523 active medical doctors were examined. The mean age was 49.16 ± 13.56 yrs., average professional experience was 23.68 ± 13.77 yrs. We used the method of diagnostic survey and following research tools: Health Behavior Inventory (IZZ), List of Health Criteria (LKZ), Coping with Stress questionnaire (Mini-COPE), Sense of Coherence questionnaire (SOC-29).

Results. The dominance of unhealthy behaviors was observed in 27.34% of the studied group. On the basis of logistic regression analysis it was revealed that the risk of unhealthy behaviors in a group of doctors is increasing: about 3.2% of any prior year after the completion of specialization ($p < 0.01$), by 2.6% with lowering by every point of a general result in the sense of coherence scale SOC-29 ($p < 0.001$), 14.4% with lowering by each point of the result in the scale of active coping Mini-COPE ($p < 0.01$).

Conclusions. 1. The risk of unhealthy behaviors among physicians is increased by the following factors: reduced ability to cope actively with stress, shorter time after obtaining the specialization, lower sense of coherence. 2. During medical studies it is necessary to create the conditions conducive to a sense of coherence of students as well as enhance their activity and health perception in terms of the process.

Key words: unhealthy behaviors, physicians, health, health behaviors

WSTĘP

Mianem zachowań zdrowotnych określa się wszelkie działania lub ich brak, które bezpośrednio lub pośrednio wpływają na zdrowie i samopoczucie człowieka. Należą do nich zachowania: o których wiadomo, że obniżają ryzyko zachorowania, o których przypuszcza się, że pomagają utrzymać zdrowie lub zredukować zagrożenie chorobą oraz zachowania związane z zaleceniami lekarskimi [1]. Zachowania zdrowotne można podzielić na sprzyjające zdrowiu (prozdrowotne) oraz zagrażające zdrowiu (antyzdrowotne). Zachowania prozdrowotne służą promowaniu zdrowia, zapobieganiu chorobie oraz wspomaganiu powrotu do zdrowia – w przypadku zachorowania. Zachowania antyzdrowotne przeciwnie – pogarszają zdrowie i zagrażają mu, a w przypadku choroby utrudniają proces zdrowienia [2]. Można wyróżnić pięć klas zachowań prozdrowotnych [3]: unikanie używek, pozytywne praktyki zdrowotne (np. ćwiczenia fizyczne, odpowiednia ilość snu, używanie filtrów przeciwsłonecznych, częste mycie zębów), zwyczaje żywieniowe (ilość i jakość spożywanych produktów), bezpieczeństwo komunikacyjne (np. używanie pasów bezpieczeństwa, bezpieczna prędkość, trzeźwość), zachowania profilaktyczne (np. badania kontrolne, pomiar ciśnienia tętniczego, samobadanie piersi i jąder, badania cytologiczne). Odwołując się do podstaw medycyny psychosomatycznej i wpływu czynników psychologicznych na zdrowie, należałoby również dołączyć do tej listy nastawienie psychiczne. Ma ono znaczący wpływ na postawę wobec siebie oraz wobec własnego zdrowia [4].

Dla podejmowania zachowań zdrowotnych, kluczową rolę wydaje się mieć indywidualne rozumienie pojęcia zdrowia. Definicja Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), określająca zdrowie jako „stan całkowitego dobrostanu fizycznego, psychicznego oraz społecznego, a nie jedynie brak choroby czy niepełnosprawności”, podkreśla pozytywny oraz subiektywny wymiar rozumienia zdrowia [5]. Ponieważ dla każdego człowieka dobrostan może oznaczać coś zupełnie innego, pojęcie zdrowia może być utożsamiane z brakiem choroby, stanem ogólnego zadowolenia lub z określonymi wartościami [6]. Kształtowanie się pojęcia zdrowia jest procesem, który zachodzi w trakcie rozwoju jednostki, mają na niego wpływ takie czynniki, jak m.in.: wiek, płeć, wykształcenie, poziom świadomości zdrowotnej oraz postawy dotyczące zdrowia nabyte we wczesnym okresie życia, w toku wychowania. Często zdrowie jest traktowane w sposób instrumentalny, jako narzędzie umożliwiający zdobywanie innych war-

tości. Kiedy jednak jest postrzegane jako wartość sama w sobie, jednostka posiada motywację do realizowania tej wartości w życiu, co znajduje zwykle odzwierciedlenie w podejmowaniu zachowań zdrowotnych [7].

W rozważaniach na temat zdrowia i jego uwarunkowań, ważne miejsce zajmuje koncepcja salutogenezy Aarona Antonovsky'ego [8]. U jej podstaw leży założenie, że pomiędzy zdrowiem a chorobą istnieje szereg stanów pośrednich, które odzwierciedlają dynamiczny proces konfrontacji ze stresem, polegający na równoważeniu wymagań oraz zasobów jednostki. Zdolność do radzenia sobie z wymaganiami oraz sprawne funkcjonowanie uogólnionych zasobów odpornościowych, jest według autora efektem globalnej orientacji życiowej, nazwanej poczuciem koherencji. Poczucie koherencji to zmienna składająca się z trzech skorelowanych ze sobą wymiarów: poczucia zrozumiałości, poczucia zaradności i poczucia sensowności [9]. Poczucie zrozumiałości to przekonanie, że bodźce napływające ze środowiska zewnętrznego i wewnętrznego są czytelne, uporządkowane, spójne i w miarę przewidywalne. Poczucie zaradności to przekonanie, że posiada się niezbędne zasoby do poradzenia sobie z napływającymi bodźcami. Poczucie sensowności zaś to poczucie, że życie oraz podejmowane działania mają sens, a ewentualne problemy stanowią wyzwanie, które należy podjąć. Poczucie koherencji jest więc trwałym, ale możliwym do zmiany przekonaniem, że świat jest przewidywalny, człowiek ma możliwość poradzenia sobie z nim a podejmowane wysiłki są warte zaangażowania. Wykazano, że poczucie koherencji ma istotny wpływ na m.in. stan zdrowia, poziom odporności oraz podejmowanie zachowań zdrowotnych [10].

Nastawienie do wymagań stawianych przez życie oraz możliwości poradzenia sobie z nimi, to również kluczowe zagadnienia relacyjnej teorii stresu R. Lazarusa [11]. Autor podkreśla znaczenie subiektywnego wymiaru w rozumieniu stresu, związanego z poznawczą interpretacją sytuacji oraz własnych zasobów. Radzeniem sobie ze stresem określa wysiłki poznawcze oraz behawioralne jednostki, które mają na celu opanowanie określonych zewnętrznych i wewnętrznych wymagań, ocenianych przez osobę jako obciążające lub przekraczające jej zasoby. Radzenie sobie jest więc mechanizmem adaptacyjnym. Uważa się, że każdy człowiek posiada charakterystyczny dla siebie zbiór strategii czy sposobów radzenia sobie [12]. W odniesieniu do relacyjnej teorii stresu, wyróżnić można trzy style radzenia sobie [13]: skoncentrowany na zadaniu (pełni funkcje instrumentalną),

skoncentrowany na emocjach (pełni funkcje regulacyjną) oraz skoncentrowany na unikaniu (służy zredukowaniu efektów działania stresora). Każdy styl może manifestować się w postaci różnych strategii radzenia sobie ze stresem. Ch. Carver i wsp. zdefiniowali kilkanaście strategii radzenia sobie ze stresem, które odzwierciedlają zarówno pewną dyspozycję do określonego radzenia sobie, jak i sposób uruchamiany w określonej sytuacji stresowej. Wyróżnili: aktywne radzenie sobie, planowanie, pozytywne przewartościowanie, akceptację, poczucie humoru, zwrot ku religii, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, poszukiwanie wsparcia instrumentalnego, zajmowanie się czymś innym, zaprzeczanie, wyładowanie, zażywanie substancji psychoaktywnych, zaprzestanie działań, obwinianie siebie [14].

Lekarze są grupą zawodową, która zobowiązana jest do ochrony, promocji i przywracania zdrowia. W trakcie studiów medycznych, a potem praktyki zawodowej nabywają wiedzę o zdrowiu i czynnikach ryzyka, które zdrowiu zagrażają. Wykształcają określone postawy zdrowotne, a więc system przekonań, nastawień i zachowań związanych ze zdrowiem. Mają one wpływ na nich samych, ale również pośrednio – na pacjentów. Wynika to z faktu, że ludzie postrzegają innych zgodnie z własnym systemem wartości, przez pryzmat własnych doświadczeń i oczekiwań. Dokonując projekcji, nadają innym – często w sposób nieświadomy – własne cechy i motywy działania [15]. Poprzez relację z pacjentem oraz własny przykład, lekarz może wywierać potencjalny wpływ na stosunek pacjenta do leczenia oraz na kwestie związane ze zdrowiem.

Ponieważ zachowania zdrowotne są nawykowym, stabilnym wzorem zachowań, proces ich ewentualnej zmiany jest trudny. Wiedza z danego obszaru lub pełniona rola zawodowa nie są czynnikiem wystarczającym, do realizowania zachowań sprzyjających zdrowiu. Zatem wiedza lekarzy na temat profilaktyki zdrowia i zachowań wspomagających powrót do zdrowia, nie musi być jednoznaczna z praktykowaniem zachowań zdrowotnych w życiu prywatnym. W bazach medycznych niewiele jest artykułów na temat zachowań zdrowotnych wśród lekarzy, a dostępne doniesienia wskazują na częstą obecność zachowań antyzdrowotnych [16, 17]. W związku z powyższym, celem badania stało się określenie podmiotowych czynników ryzyka zachowań antyzdrowotnych wśród praktykujących lekarzy medycyny. Do zmiennych podmiotowych uwzględnionych w badaniu zaliczono: rozumienia pojęcia zdrowia, poczucie koherencji, styl radzenia sobie ze stresem, czynniki demograficzne.

MATERIAŁ I METODY

W badaniu wzięło udział 523 czynnych lekarzy medycyny. Większość badanych (80,11%) stanowiły kobiety. Większość mieszkała w mieście (90,44%), była w związku (83,94%) oraz posiadała dzieci (72,48%). Średni wiek badanych wynosił $49,16 \pm 13,56$ lat. Średni wskaźnik masy ciała (BMI) wynosił $24,81 \pm 4,09$ kg/m². Badani ukończyli studia medyczne średnio $23,68 \pm 13,77$ lata temu. Większość badanych (80,88%) posiadała co najmniej jedną specjalizację medyczną, a średni czas od ukończenia pierwszej specjalizacji wynosił $19,08 \pm 10,73$ lat. Najliczniej reprezentowane były specjalizacje z zakresu chorób wewnętrznych (17,40%), medycyny rodzinnej (16,25%) i pediatrii (14,15%).

Badanie przeprowadzono na terenie całej Polski w trakcie szkoleń doksztalających dla lekarzy. Ze względu na fakt, że lekarze zobowiązani są do systematycznego podnoszenia własnych kwalifikacji, grupę badaną uznano za reprezentatywną dla populacji lekarzy. Badanie było dobrowolne i anonimowe. Uzyskano stanowisko komisji bioetycznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, z wykorzystaniem następujących narzędzi badawczych:

- Metryczka – zawierała pytania o płeć, wiek, miejsce zamieszkania, sytuację rodzinną, wzrost, masę ciała, rok ukończenia studiów, posiadanie specjalizacji; na podstawie danych deklaracyjnych dotyczących wzrostu i masy ciała obliczono wskaźnik masy ciała (BMI), posługując się następującym wzorem:

$$\text{BMI} = \frac{\text{masa ciała (kg)}}{\text{wzrost (m)}^2}$$

- Inwentarz Zachowań Zdrowotnych – IZZ (Z. Juczynski). Składa się z 24 stwierdzeń opisujących zachowania związane ze zdrowiem. Poszczególne stwierdzenia wchodziły w skład następujących kategorii: nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienie psychiczne, praktyki zdrowotne. Badany zaznacza przy każdym stwierdzeniu cyfrę na skali od 1 do 5, która odnosi się do częstości, z jaką dane zachowanie zdrowotne było podejmowane w ciągu ostatniego roku (gdzie 1 znaczy „prawie nigdy”, a 5 – „prawie zawsze”). Kwestionariusz pozwala na uzyskanie wyników w poszczególnych kategoriach oraz wyniku ogólnego. Posiada również normy w skali stenowej, dzięki czemu możliwe jest odniesienie wyniku ogólnego do wyniku średniego dla populacji polskiej. Wysoki wynik (7–10 sten) świadczy o przewadze zachowań prozdrowotnych osoby ba-

danej, zaś wynik niski (1–4 sten) o przewadze zachowań antyzdrowotnych. Wyniki w zakresie 5–6 stena świadczą o występowaniu zachowań mieszanych.

- Lista Kryteriów Zdrowia – LKZ (Z. Juczyński). Składa się z 24 stwierdzeń opisujących różne znaczenia zdrowia w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym. Stwierdzenia są przyporządkowane do kategorii definiujących zdrowie jako: stan, cel, proces, właściwość lub wynik. Badany ma za zadanie zaznaczyć te stwierdzenia, które są według niego ważne w ocenie zdrowia, następnie z grupy zaznaczonych wybrać 5 najważniejszych i ostatecznie uszeregować je od najbardziej, do najmniej ważnego w ocenie zdrowia. Kwestionariusz pozwala na uzyskanie wyniku w każdej z pięciu kategorii definicyjnych zdrowia oraz hierarchii 5 najważniejszych wartości, kojarzonych przez badanego ze zdrowiem.
- Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem – Mini-Cope (Ch. S. Carver, polska adaptacja: Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik). Składa się z 28 stwierdzeń, które wchodzi w skład 7 kategorii. Kategorie, odpowiadają następującym stylom radzenia sobie ze stresem: aktywne radzenie sobie, bezradność, poszukiwanie wsparcia, zachowania unikowe, zwrot ku religii, akceptacja, poczucie humoru. Badany ma za zadanie zaznaczyć przy każdym stwierdzeniu odpowiedź na skali od 0 do 3 określającą, jak często postępuje w określony sposób w przypadku sytuacji trudnej (gdzie 0 oznacza „prawie nigdy”, a 3 – „prawie zawsze”). Kwestionariusz pozwala na uzyskanie wyniku w poszczególnych kategoriach oraz na określenie dominującego stylu radzenia sobie ze stresem osoby badanej.
- Test Orientacji Życiowej – SOC-29 (A. Antonovsky, polska adaptacja: J. Koniarek, B. Dudek, Z. Markowska). Bada poczucie koherencji, na które składają się trzy wymiary: zrozumiałość, zaradność i sensowność. Składa się z 29 pytań, na które badany odpowiada wybierając odpowiednią cyfrę na skali od 1 do 7, określającą natężenie danego odczucia, przekonania lub zachowania (gdzie cyfra 1 oznacza minimalne natężenie, a cyfra 7 maksymalne). Część pytań posiada odwróconą punktację, co uwzględnia się przy obliczaniu wyników, zgodnie z wytycznymi autorów. Kwestionariusz pozwala na uzyskanie wyników w poszczególnych wymiarach oraz wyniku ogólnego, świadczącego o natężeniu poczucia koherencji osoby badanej. Dzięki opracowanej przez autorów normalizacji, możliwe jest przekształcenie uzyskanych wyników surowych na wyniki stenowe i odniesienie ich do wyniku średniego dla populacji polskiej.

Analiza statystyczna danych przeprowadzona została w programie Statistica 10, firmy StatSoft Polska. We wszystkich analizach statystycznych, do obliczeń przyjęty został poziom istotności statystycznej $\alpha=0,05$. Zgodność rozkładu z normalnym sprawdzono za pomocą testu Shapiro-Wilka. Z uwagi na fakt, iż większość rozkładów nie miała charakteru normalnego, przyjęto zasadę stosowania testów nieparametrycznych. W analizie jednoczynnikowej zastosowano: test U Manna-Whitneya, test korelacji rang Spearmana, test χ^2 Pearsona. W analizie wieloczynnikowej zastosowano model regresji logistycznej.

WYNIKI

Ogólne wyniki surowe kwestionariusza IZZ zostały przekształcone na wyniki stenowe, zgodnie z instrukcją podaną przez autora. 27,34% grupy badanej osiągnęło wyniki niskie, co świadczy o prezentowaniu zachowań antyzdrowotnych. 43,21% badanych mieściło się w obszarze wyników średnich (5–6 sten), co świadczy o przeciętnym nasileniu zachowań prozdrowotnych, zaś 29,45% charakteryzowało się wynikami wysokimi, czyli znacznym nasileniem zachowań prozdrowotnych.

W kwestionariuszu LKZ, zdrowie było najczęściej definiowane w kategorii stanu ($M=2,20$; $SD=0,94$), a następnie: wyniku ($M=3,19$; $SD=1,27$), procesu ($M=2,55$; $SD=1,69$) i właściwości ($M=3,32$; $SD=1,94$). Najrzadziej w kategorii celu ($M=1,34$; $SD=0,92$). Określeniami najczęściej wybieranymi przez badanych jako najlepiej opisujące zdrowie były: „potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami” (94,84%), „być odpowiedzialnym” (94,07%), „prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza” (93,31%).

Ogólne wyniki surowe kwestionariusza SOC-29, zgodnie z instrukcją zostały przekształcone na wyniki stenowe. Niskie poczucie koherencji charakteryzowało 0,96% badanych, średnie – 63,86%, zaś wysokie poczucie koherencji – 35,18% badanych.

W kwestionariuszu Mini-Cope najczęściej wybranym stylem radzenia sobie ze stresem okazało się aktywne radzenie sobie ($M=13,17$; $SD=2,61$). Następnie: poszukiwanie wsparcia ($M=7,30$; $SD=2,74$), zachowania unikowe ($M=7,24$; $SD=2,85$), bezradność ($M=4,74$; $SD=2,68$), akceptacja ($M=3,90$; $SD=1,22$) i zwrot ku religii ($M=2,49$; $SD=2,09$). Najrzadziej wybranym przez badanych stylem radzenia sobie było poczucie humoru ($M=1,58$; $SD=1,28$).

W analizie jednoczynnikowej wykazano dodatnią korelację pomiędzy wynikiem ogólnym kwestionariusza IZZ a rozumieniem zdrowia w kategorii procesu ($R=0,123$; $p<0,01$). Wykazano również dodatnią korelację pomiędzy wynikiem ogólnym kwestionariusza IZZ a aktywnym radzeniem sobie ($R=0,261$; $p<0,001$), poszukiwaniem wsparcia ($R=0,227$; $p<0,001$) i akceptacją ($R=0,119$; $p<0,01$) oraz korelację ujemną pomiędzy wynikiem ogólnym kwestionariusza IZZ a bezradnością ($R=-0,185$; $p<0,001$). Wykazano dodatnią korelację pomiędzy wynikiem ogólnym kwestionariusza

IZZ a wynikiem ogólnym kwestionariusza SOC-29 ($R=0,340$; $p<0,001$), wynikiem podskali zrozumiałość ($R=0,257$; $p<0,001$), wynikiem podskali zaradność ($R=0,293$; $p<0,001$), wynikiem podskali sensowność ($R=0,340$; $p<0,001$).

Aby określić różnice między badanymi przejawiającymi zachowania prozdrowotne oraz antyzdrowotne w zakresie analizowanych zmiennych, posłużono się dychotomizowanym wynikiem Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ). Wyniki zależności istotnych statystycznie przedstawiono w tabeli I.

Tabela I. Zależności pomiędzy zdychotomizowanym wynikiem ogólnym IZZ a wynikami LKZ, Mini-COPE, SOC-29

Table I. Relationship between dichotomous global result of LZK and the results of: LKZ, Mini-COPE, SOC-29

Zmienna	IZZ				Test U Manna- Whitneya
	prozdrowotne		antyzdrowotne		
	Średnia	Odchylenie standardowe	Średnia	Odchylenie standardowe	
LKZ proces	2,75	1,73	2,35	1,62	0,006
Mini-COPE aktywne radzenie sobie	13,83	2,470	12,48	2,577	0,000
Mini-COPE bezradność	4,35	2,498	5,16	2,803	0,000
Mini-COPE poszukiwanie wsparcia	7,73	2,599	6,85	2,815	0,000
Mini-COPE akceptacja	4,05	1,244	3,74	1,182	0,002
SOC-29 zrozumiałość	48,91	8,49	44,21	7,97	0,000
SOC-29 zaradność	50,10	7,28	45,20	9,74	0,000
SOC-29 sensowność	44,55	6,55	40,20	8,16	0,000
SOC-29 wynik ogólny	143,57	19,48	129,61	22,38	0,000

Badani wykazujący zachowania prozdrowotne, w przeciwieństwie do badanych wykazujących zachowania antyzdrowotne osiągnęli:

- wyższy średni wynik LKZ proces,
- wyższy średni wynik Mini-COPE: aktywne radzenie sobie, poszukiwanie wsparcia, akceptacja,
- niższy średni wynik Mini-COPE bezradność,
- wyższy średni wynik SOC-29 ogólny oraz wyższe wyniki we wszystkich trzech podskalach SOC-29: zrozumiałość, zaradność, sensowność.

W celu określenia podmiotowych czynników ryzyka zachowań antyzdrowotnych w grupie badanej wykonano analizę regresji logistycznej. Do obliczeń

posłużono się dychotomizowanym wynikiem Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ). Wyniki analiz przedstawia tabela II.

Wykazano, że ryzyko wystąpienia zachowań antyzdrowotnych rośnie:

- o 3,2% z każdym wcześniejszym rokiem od ukończenia specjalizacji,
- 2,6% wraz ze zmniejszeniem się o każdy punkt wyniku ogólnego skali poczucia koherencji SOC-29,
- o 14,4% wraz ze zmniejszeniem się o każdy punkt wyniku na skali aktywnego radzenia sobie Mini-COPE.

Tabela II. Analiza regresji logistycznej parametrów wpływających na zachowania antyzdrowotne w badanej grupie

Table II. Analysis of logistic regression of parameters affecting the unhealthy behaviors in the study group

Zmienna	Iloraz szans	-95%PU	+95%PU	Test Walda
Czas od ukończenia specjalizacji	1,032	1,012	1,052	$p=0,002$
Mini-COPE aktywne radzenie sobie	1,144	1,041	1,258	$p=0,005$
SOC-29 wynik ogólny	1,026	1,015	1,037	$p=0,000$

DYSKUSJA

Człowiek przyswaja wiedzę i umiejętności dotyczące dbania o własne zdrowie na przestrzeni całego życia. Za ważne źródło wiedzy i motywacji zdrowotnej uważa się lekarzy, zwłaszcza pierwszego kontaktu [18]. Porady udzielane w trakcie wizyty, w szczególności zaś własny przykład lekarza zwiększają szansę stosowania się pacjentów do zaleceń i wprowadzania w życie zachowań sprzyjających zdrowiu [19]. Z tego względu, szczególnego znaczenia nabiera fakt stosowania lub nie zachowań prozdrowotnych przez samych lekarzy.

W przeprowadzonym badaniu wykazano, że najlicniejsza grupa lekarzy prezentowała zachowania zdrowotne mieszane – pro i anty zdrowotne. Jednak u prawie 1/3 badanych przeważały zachowania antyzdrowotne. Z doniesień innych autorów wynika, że najczęstszymi zachowaniami antyzdrowotnymi w grupie lekarzy są: niedobór snu, wypoczynku i aktywności fizycznej, nadużywanie alkoholu, niewłaściwa dieta, brak profilaktyki zdrowotnej [16, 17]. Opierając się na wynikach badań można stwierdzić, że styl życia polskich lekarzy nie jest znacząco zdrowszy, niż styl życia osób nie związanych zawodowo z ochroną zdrowia [20].

Podejmowanie określonych zachowań zdrowotnych jest w znacznym stopniu uzależnione od wartości, jaką przypisuje się zdrowiu. Zaskakujący jest fakt, że w grupie badanej najmniejsze uznanie zyskało postrzeganie zdrowia jako celu samego w sobie. Również dwa kryteria zdrowia najczęściej wybierane do piątki najważniejszych dotyczyły nie braku objawów lub dobrego samopoczucia, ale zdolności panowania nad swoimi uczuciami i popędami oraz bycia odpowiedzialnym. W innych grupach zawodowych zdrowie rozumiane jest w kategoriach stanu lub wyniku i utożsamiane ze sprawnością ciała, brakiem dolegliwości fizycznych i poczuciem szczęścia [21]. W badaniach przeprowadzonych przez Juczyńskiego ponad 10 lat temu, lekarze utożsamiali zdrowie przede wszystkim z poczuciem szczęścia oraz akceptowaniem siebie takim, jakim się jest [22]. Można podejrzewać, że na zmianę kryteriów zdrowia wpłynęły przemiany społeczno-gospodarcze oraz zmiana postrzegania statusu zawodu lekarza. Potwierdzenie tej hipotezy wymagałoby jednak przeprowadzenia osobnych badań.

W badaniu własnym wykazano związek między stosowaniem zachowań prozdrowotnych przez lekarzy, a postrzeganiem zdrowia w kategoriach procesu. Proces dbania o swoje zdrowie oznacza ciągłość i systematyczność działań, myślenie długoterminowe i nastawione na podnoszenie własnych za-

sobów. Jest przeciwieństwem gwałtownych zrywów motywacyjnych i jednorazowych akcji prozdrowotnych. Podejmowaniu zachowań prozdrowotnych w grupie badanej sprzyjało również przekonanie, że przejawem zdrowia jest prawidłowe odżywianie, kontrola nad własnymi emocjami oraz brak konieczności korzystania z opieki lekarskiej. Są to czynniki sprzyjające zdrowiu, ale jednocześnie korzyści wynikające z dobrego zdrowia.

W grupie badanej najwięcej osób charakteryzowało się średnim poziomem poczucia koherencji. Oznacza to przeciętną skłonność do postrzegania otaczającej rzeczywistości jako zrozumiałej i sensownej oraz przeciętne poczucie możliwości porażenia sobie z wyzwaniami. Osoby charakteryzujące się silnym poczuciem koherencji mają większe szanse na zdrowie i zadowolenie z życia, podejmują również więcej zachowań prozdrowotnych [9, 23]. Wyniki uzyskane w grupie badanej w zakresie średniego natężenia poczucia koherencji oraz średniego natężenia zachowań prozdrowotnych wydają się spójne. W dostępnym piśmiennictwie medycznym nie ma wielu doniesień na temat poczucia koherencji w grupie lekarzy. W badaniu austriackim wykazano przewagę znacznego poziomu poczucia koherencji u większości badanych lekarzy [24].

Zawód lekarza jest niewątpliwie związany z dużym nasileniem stresu, dlatego tak istotną rolę odgrywa efektywne rozładowywanie napięcia psychofizycznego. W badanej grupie zdecydowanie przeważała skłonność do aktywnego radzenia sobie ze stresem. To pozytywne zjawisko pozwala na konfrontację z problemem i podjęcie działań zmierzających do jego rozwiązania. Do strategii aktywnego radzenia sobie ze stresem zaliczane są: działanie, planowanie, pozytywne przewartościowanie. Podobne wyniki uzyskały M. Basińska i K. Dziewiątkowska-Kozłowska. Autorki wykazały, że chirurdzy w radzeniu sobie ze stresem stosują najczęściej strategię adaptacyjną – bezpośrednie działanie oraz myślenie pozytywne [25].

Wdrażanie w życie zachowań prozdrowotnych nie tylko poprawia jakość życia, ale również realnie je przedłuża. Udowodniono, że konstruktywna zmiana stylu życia w zakresie diety, aktywności fizycznej, zarządzania stresem i dostępności wsparcia społecznego powoduje zwiększoną aktywność telomerazy w komórkach ludzkiego układu odpornościowego [26]. Analogicznie, brak troski o własne zdrowie lub realizowanie zachowań szkodzących zdrowiu prowadzi do obniżenia jakości życia oraz rozwoju dolegliwości i chorób. W przypadku osób zawodowo zajmujących się zdrowiem, może przyczyniać się również do modelowania negatywnych wzorców za-

chowania u pacjentów oraz osłabiania ich motywacji do postaw prozdrowotnych. Specjalista, który w życiu prywatnym preferuje zachowania antyzdrowotne nie tylko stanowi negatywny wzorzec dla pacjentów, ale unika również podejmowania edukacji zdrowotnej pacjentów [27]. Można przypuszczać, że będzie także cieszyć się mniejszym zaufaniem pacjentów, a w konsekwencji jego leczenie będzie mniej efektywne.

Podstawowym celem badania była odpowiedź na pytanie, czy istnieje związek między uwarunkowaniami podmiotowymi a zachowaniami zdrowotnymi. Do analizy wybrano uwarunkowania, które mogą zmieniać się w trakcie życia jednostki pod wpływem doświadczeń, ale mogą być również celowo modyfikowane. Zasadne wydaje się zwrócić szczególnej uwagi na proces kształcenia przyszłych lekarzy nie tylko w zakresie merytorycznym, ale również w zakresie kształtowania postawy prozdrowotnej. Silna motywacja lekarza do wzmacniania i ochrony własnego zdrowia jest czynnikiem poprawiającym efektywność edukacji zdrowotnej pacjentów, ale wpływa również na zwiększenie poczucia satysfakcji z wykonywanego zawodu oraz z życia w ogóle.

WNIOSKI

1. Ryzyko zachowań antyzdrowotnych wśród lekarzy wzrasta pod wpływem następujących czynników: obniżona umiejętność aktywnego radzenia sobie ze stresem, krótszy czas od ukończenia specjalizacji, niższe poczucie koherencji.
2. W trakcie studiów medycznych należy stwarzać warunki sprzyjające poczuciu koherencji studentów oraz wzmacniać ich aktywność i postrzeganie zdrowia w kategoriach procesu.

Źródło finansowania: Numer umowy statutowej na prace naukowo-badawcze SUM: KNW-1-027/N/4/0

PIŚMIENNICTWO

1. Gochman D.: Health Behaviors. Plural perspectives. [w:] Gochman D. (ed.): Health Behaviors. Plenum Press, New York 1988: 3-17.
2. Heszen I., Sęk H.: Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012: 98-101.
3. Steptoe A., Gardner B., Wardle J.: The role of behaviour in health. [w:] French D, Kaptein A, Vedhara K, Weinman J (ed.): Health Psychology. Blackwell, Oxford 2010: 13 – 32.
4. Heszen I., Sęk H.: Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012: 106-120.
5. Ottawa Charter for Health Promotion, First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21.11.1986. WHO/HPR/HEP/95.1.
6. Juczyński Z.: Przekonania i oczekiwania wyznacznikami zachowań związanych ze zdrowiem. [w:] Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. (red.). Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2003: 49-61.
7. Czerw A.: Marketing w ochronie zdrowia. Difin, Warszawa 2010: 5-20.
8. Antonovsky A.: The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promot Int 1996; 11 (1): 11-18.
9. Eriksson M., Lindström B.: Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. J Epidemiol Community Health 2006; 60(5): 376-81.
10. Antonovsky A.: Rozwikłanie tajemnicy zdrowia – jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Fundacja IPN, Warszawa 2005: 5-195.
11. Lazarus R.S., Folkman S.: Stress, appraisal and coping. Springer, New York 1984: 2-456.
12. Heszen-Niejodek I., Sęk H.: Zdrowie i stres. [w:] Strelau J., Doliński D. (red.): Psychologia. GWP, Gdańsk 2008: 701-734.
13. Endler N., Parker D.: Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. J Personal Soc Psychol 1990; 58 (5): 844-854.
14. Carver C., Scheier M., Weintraub J.: Assessing coping strategies: A theoretically based approach. J Personal Soc Psychol 1989; 56: 267-283.
15. Strelau J.: Psychologia. Podręcznik akademicki, tom II. PWN, Warszawa 2000: 616-617.
16. Hull S.K., DiLalla L.F., Dorsey J.K.: Prevalence of health-related behaviors among physicians and medical trainees. Acad Psychiatry 2008; 32(1): 31-38.
17. Bazargan M., Makar M., Bazargan-Hejazi S., Ani C., Wolf K.E.: Preventive, lifestyle, and personal health behaviors among physicians. Acad Psychiatry 2009; 33(4): 289-95.
18. Saliba M., Sammut M.R., Vickers K.S., Celleja N.: Health behaviour counselling in primary care: general practitioner – reported rate and confidence. Malta Med J 2011; 23(1): 22-28.
19. Oberg E.B., Frank E.: Physicians' health practices strongly influence patients health practices. J R Coll Physicians Edinb 2009; 39(4): 290-291.
20. Nowicki M., Dokurno U., Cymerys M., Klimczak M., Andrzejewska M.: Czy osoby pracujące w ochronie zdrowia dbają o swoje zdrowie? Badania porównawcze lekarzy i osób z niemedyceznym wyższym wykształceniem. Zdr Pub 2009; 119(2): 167-170.
21. Nowicki G., Ślusarska B.: Determinanty społeczno-demograficzne wartościowania zdrowia wśród pracujących osób dorosłych. Hyg Pub Health 2011; 46(2): 280-285.
22. Juczyński Z.: Zachowania zdrowotne i wartościowanie zdrowia. [w:] Juczyński Z. (red.) Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pacownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2001: 106-127.
23. Binkowska-Bury M., Januszewicz P.: Sense of coherence and health-related behaviour among university students – a questionnaire survey. Cent Eur J Pub Health 2010; 18(3): 145-150.
24. Siber G., Endler P.C., Mesenholl E., Lothaller H., Müller-Breidenbach E., Haug T.M., Pass P., Frass M.: The sense of coherence among general practitioners. Wien Med Wochen 2009; 159(7-8): 192-195.
25. Basińska M., Dziewiątkowska-Kozłowska K.: Strategie radzenia sobie ze stresem w pracy stosowane przez chirurgów za-

- trudnionych w różnych szpitalach – badanie pilotażowe. Pol Przegl Chirur 2012; 84(2): 131-140.
26. Ornish D, Lin J, Chan J.M., Epel E, Kemp C, Weidner G, Marlin R, Frenda S.J, Magbanua M.J, Daubenmier J, Estay I, Hills N.K., Chainani-Wu N., Carroll P.R., Blackburn E.H.: Effect of comprehensive lifestyle changes on telomerase activity and telomere length in men with biopsy-proven low-risk prostate cancer: 5-year follow-up of a descriptive pilot study. Lancet Oncol 2013; 14(11): 1112-20.
27. Cornuz J, Ghali W.A., Di Carlantonio D, Pecoud A., Paccaud F.: Physicians' attitudes towards prevention: importance of intervention-specific barriers and physicians' health habits. Family Practice 2000; 17(6): 535-540.

Adres do korespondencji:

*dr n. hum. Monika Bąk-Sosnowska
Zakład Psychologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
ul. Medyków 12; 40-752 Katowice
tel. 32 208 86 42; e-mail: b_monique@poczta.onet.pl*