

Zachowania zdrowotne a umiejscowienie kontroli zdrowia u osób po przeszczepieniu nerki

Health behaviors versus health locus of control in the patients after kidney transplant

Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa, Zakład Teorii Pielęgniarstwa CM w Bydgoszczy, UMK Toruń. Kierownik: dr n. med. Mirosława Felsmann
Correspondence to: Dr n. med. Krystyna Kurowska, Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa, Zakład Teorii Pielęgniarstwa CM w Bydgoszczy, UMK Toruń, ul. Techników 3, 85-801 Bydgoszcz, tel.: 52 585 21 94, e-mail: krystyna_kurowska@op.pl
Source of financing: Department own sources

Streszczenie

Wstęp: Najdoskonalszą metodą leczenia chorych ze schyłkową niewydolnością nerek jest przeszczepienie nerki. Aby przeszczepiony narząd mógł funkcjonować prawidłowo i jak najdłużej, pacjenci muszą zweryfikować dotychczasowy styl życia. Podstawą są preferowane zachowania prozdrowotne. **Cel pracy:** Określenie związku pomiędzy preferowanymi zachowaniami zdrowotnymi a umiejscowieniem kontroli zdrowia, jako wykładnika powrotu do jego optymalnego stanu. **Materiał i metody badawcze:** Badania przeprowadzono w Klinice Transplantologii i Chirurgii Ogólnej oraz w Poradni Transplantologicznej Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy w grupie 98 pacjentów po przeszczepieniu nerki, przy użyciu Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ) Juczyńskiego i Wielowymiarowej Skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC-B) w adaptacji tegoż autora. **Wyniki:** Badani różnią się pod względem zachowań prozdrowotnych, ale prezentują ich wysoki poziom. Najwyżej oceniono zachowania profilaktyczne, praktyki zdrowotne i pozytywne nastawienie psychiczne, a najmniej praktyki żywieniowe. Osoby w wieku 41–50 lat, mające dzieci, mieszkające na wsi, kobiety i ci, dla których był to pierwszy przeszczep, częściej przejawiali zachowania prozdrowotne. Zdecydowana większość badanych jest przekonana o wpływie innych na ich zdrowie, najmniej z nich uważa, że stan zdrowia zależy od przypadku. **Wnioski:** Otrzymane wyniki mogą umożliwić lepsze rozpoznanie potrzeb osób po przeszczepieniu nerki oraz pomóc w planowaniu edukacji, co wpłynie na podwyższenie poziomu wiedzy, pomagając pacjentom w dbaniu o własne zdrowie. Mogą również posłużyć jako materiał edukacyjny dla chorych i ich rodzin.

Słowa kluczowe: schyłkowa niewydolność nerek, przeszczep nerki, styl życia, zachowania zdrowotne, umiejscowienie kontroli zdrowia

Summary

Introduction: Kidney transplant is the best method of terminal renal failure treatment. The transplanted organ can function properly only if the patients change their lifestyle. Preferred health behaviours are the basis. **Aim:** Defining the relation between preferred health behaviours and health locus of control, as a determinant of returning to optimal health. **Material and research methods:** The research was conducted in the Transplant and Surgery Clinic and Transplant Outpatients Clinic in the University Hospital number 1 in Bydgoszcz. It was carried out among 98 patients after kidney transplant. They were tested using Health Behaviour Inventory by Juczyński and Multidimensional Health Locus of Control scale. **Results:** Patients differ among each other regarding health behaviours, however, all of them present a high level of health behaviours. Preventive behaviours, health practices and positive attitude were assessed high, whereas eating habits got a small amount of points. People between 41 and 50 years of age who have children, those living in the countryside, women and those patients for whom it was the first transplant, manifested more health behaviours. The vast majority of patients were convinced about the influence of others on their health, however they also claimed that their health was dependent on chance. **Conclusion:** The obtained results may help to enable better understanding of the needs of the patients after kidney transplant. Additionally, they may assist in education planning which may raise the level of knowledge and therefore help patients in taking care of their own health. The research may also serve as educational material for the patients and their families.

Key words: terminal renal failure, kidney transplant, lifestyle, health behaviour, health locus of control

WSTĘP

Sytuacja pacjentów po zabiegu przeszczepienia nerki jest trudna i wiąże się z obciążeniami natury medycznej i psychologicznej. Najczęściej od wielu lat borykają się oni z nieuleczalną chorobą i obciążeni są wszelkimi trudnościami człowieka chorego somatycznie⁽¹⁾. Odpowiednie zachowania prozdrowotne pomagają w radzeniu sobie z chorobą oraz jej skutkami. Pozwalają na zniwelowanie nieprzyjemnych objawów towarzyszących chorobie oraz gwarantują lepsze wyniki farmakoterapii⁽²⁾. To, czy i w jakim stopniu pacjent będzie stosował się do zaleceń dotyczących zachowań zdrowotnych oraz innych warunków leczenia, zależy od jego własnego przekonania o umiejscowieniu kontroli zdrowia. Pacjenci mający poczucie wewnętrznego jej umiejscowienia uważają, że odpowiedzialność za swoje zdrowie ponoszą tylko oni. Chorzy przekonani o zewnętrznym umiejscowieniu kontroli zdrowia odpowiedzialnością za stan swojego zdrowia obarczają czynniki zewnętrzne. Istnieje również grupa pacjentów, która uważa, że to przypadek odgrywa kluczową rolę w kształtowaniu się ich stanu zdrowia. Celem pracy jest ukazanie zależności pomiędzy preferowanymi zachowaniami zdrowotnymi a poczuciem umiejscowienia kontroli zdrowia u pacjentów po przeszczepieniu nerki, jako wykładnika powrotu do optymalnego stanu zdrowia.

MATERIAŁ I METODA BADAWCZA

Zaprezentowane badania stanowią wycinek realizacji szerszego projektu analizy jakości życia osób ze schorzeniami przewlekłymi. Przeprowadzono je w okresie od marca do grudnia 2011 roku w grupie 98 pacjentów po przeszczepieniu nerki, przebywających w Klinice Transplantologii i Chirurgii Ogólnej oraz w Poradni Transplantologicznej Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy, za zgodą komisji bioetycznej Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (KB/138/2011). Dla większości badanych był to pierwszy zabieg przeszczepienia narządu od dawcy zmarłego. W przeprowadzonych badaniach wykorzystano Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) Zygryda Juczyńskiego, Wielowymiarową Skalę Umiejscowienia Kontroli Zdrowia w wersji B (Multidimensional Health Locus of Control, MHLC-B) Wallstona i wsp. w adaptacji Juczyńskiego⁽³⁾ oraz ankietę konstrukcji własnej, odnoszącą się do różnych aspektów naszego życia (dane demograficzne i związane ze schorzeniem). Do opisu zmiennych wykorzystano statystyki opisowe (średnia arytmetyczna, minimum, maksimum, odchylenie standardowe) oraz rozkłady zmiennych. Badanie związków przeprowadzono za pomocą współczynnika korelacji Spearmana, a za pomocą testu *U* Manna-Whitneya dokonano oceny różnic pomiędzy dwoma grupami. Za istotne statystycznie przyjęto wartości testu spełniające warunek, że $p < 0,05$. Analizy wykonano za pomocą pakietu statystycznego STATISTICA 10.

INTRODUCTION

Situation of the patients after kidney transplant is difficult and associated with medical and psychological strain. They have been battling for years with incurable illness and charged with all sorts of difficulties of a somatically ill person⁽¹⁾. Appropriate health behaviours help to cope with the disease and its effects. They help eliminate adverse symptoms connected with the disease and assure better results of pharmacotherapy⁽²⁾. If, and to what extent the patient complies with recommendations as to health behaviours and other conditions of treatment, depends on her/his own belief about the health locus of control. The patients with a sense of internal locus of control think that only themselves may be responsible for their health. The patients convinced of external health locus of control encumber some external elements with responsibility for their health state. There is also a group of patients who think that it is a chance that plays the key role in the development of their health condition. The study is aimed at showing the relation between the preferred health behaviours and the sense of health locus of control in patients after kidney transplant, as a determinant of returning to optimal health.

MATERIAL AND RESEARCH METHODS

The presented studies constitute a fragment of implementation of an extensive project of analysis of the quality of life of patients with chronic diseases. They were carried out during the period from March to December 2011 in the group of 98 patients after kidney transplant, staying at the Transplant and Surgery Clinic and Transplant Outpatients Clinic in the University Hospital No 1 in Bydgoszcz, with the consent of the Bioethical Committee of the L. Rydygier Collegium Medicum in Bydgoszcz (KB/138/2011). For most of the patients it was the first surgery of transplanting an organ from a dead donor. The authors of the study used the Health Behaviour Inventory (IZZ) by Zygryd Juczyński, Multidimensional Health Locus of Control in version B (MHLC-B) by Wallston *et al.* adapted by Juczyński⁽³⁾ as well as their own questionnaire referring to various aspects of our life (demographic data and data connected with the disease). Descriptive statistics (arithmetic mean, minimum, maximum, standard deviation) and variables distributions were used. The correlations were investigated using the Spearman's rank correlation coefficient, whereas *U* Mann-Whitney test evaluated the differences between the two groups. Assumed as statistically significant were the values of the test which meet the condition that $p < 0.05$. The analysis was carried out using the statistical package STATISTICA 10.

RESULTS

Analysis of data indicates that men constituted a slightly bigger group among the subjects (58.2%). The respondents'

WYNIKI BADAŃ

Analiza danych pokazuje, że mężczyźni stanowili nieznacznie przeważającą grupę wśród badanych (58,2%). Średnia wieku respondentów wynosiła niewiele ponad 48 lat (22–79 lat). Większość miała wykształcenie średnie (44,9%) lub zawodowe (32,7%), pozostawała w związkach małżeńskich (66,0%), mieszkała w mieście (68,4%) z rodziną (77,3%), posiadała potomstwo (81,4%). Z pracy zawodowej utrzymywało się 24,5% badanych, z renty 48,6%, a z emerytury 19,0%. Większość osób miała rozpoznaną niewydolność nerek od 11–15 lat (63,5%). Zaledwie 2,0% badanych podało, że nie byli poddani dializoterapii przed przeszczepieniem narządu. U większości zastosowano hemodializę (86,7%). Średnia czasu dializowania wynosiła niewiele ponad 2 lata, a czasu, jaki upłynął od przeszczepu – niespełna 5 lat. Dla większości badanych był to pierwszy przeszczep (89,8%), od dawcy zmarłego (92,9%).

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych zawiera 24 stwierdzenia opisujące różnego rodzaju zachowania związane ze zdrowiem. Zaznaczone wartości liczbowe zlicza się celem uzyskania ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych. Jego wartość mieści się w granicach 24–120 punktów. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie deklarowanych zachowań zdrowotnych. Zakres punktów w przypadku poszczególnych kategorii mieści się w granicach 1–30 punktów⁽³⁾. Dane w tabeli 1 pokazują, że badani prezentują wysoki poziom prawidłowych nawyków

mean age was slightly over 48 years (22–79 years). Most of them had secondary (44.9%) or vocational (32.7%) education, they were married (66.0%), lived in towns (68.4%) with their families (77.3%), they had children (81.4%). 24.5% of the subjects earned their living by performing professional work, 48.6% lived on various pensions, and 19.0% on retirement pension. Most of them had renal failure from the age of 11–15 years (63.5%). Only 2.0% of the subjects said that they were not dialyzed before the organ transplant. Most of them underwent haemodialysis (86.7%). Average dialysis time reached slightly above 2 years, and the time that lapsed from the transplant – less than 5 years. For most of the patients it was the first transplant (89.8%), from the deceased person's donor (92.9%).

The Health Behaviour Inventory contains 24 statements describing various types of behaviours connected with health. The marked numerical values are summed up to obtain the total index of intensity of health behaviours. Its value ranges between 24–120 scores. The higher the result, the higher the intensity of declared health behaviours. The range of scores in case of specific categories ranges between 1–30 scores⁽³⁾. The data in table 1 show that the subjects present a high level of proper eating habits (23.05), standard deviation of less than 14% of the mean value points to average differentiation of results. Assessed highest were avoiding of salt and highly salted food (4.21) and care for proper eating habits (4.02), whereas the lowest assessment fell to limited eating of such products as animal fats and sugar (3.73) and

pozycja <i>Item</i>	Zachowania zdrowotne (ogółem) <i>Health behaviours (total)</i>	Prawidłowe nawyki żywieniowe <i>Proper eating habits</i>	Zachowania profilaktyczne <i>Preventive behaviours</i>	Pozytywne nastawienie psychiczne <i>Positive attitude</i>	Praktyki zdrowotne <i>Health practices</i>
<i>n</i>	98	98	98	98	98
Średnia <i>Mean value</i>	96,18	23,05	24,93	23,53	24,67
Odchylenie standardowe <i>Standard deviation</i>	9,9435	3,1797	3,4827	3,0161	3,3144
Ufność -95% <i>Confidence -95%</i>	94,19	22,41	24,23	22,93	24,01
Ufność +95% <i>Confidence +95%</i>	98,18	23,69	25,63	24,14	25,34
Mediana <i>Median</i>	97,0	23,0	25,0	24,0	26,0
Minimum <i>Minimum</i>	50,0	11,0	9,0	13,0	14,0
Dolny kwartył <i>Lower quartile</i>	92,0	22,0	24,0	21,0	23,0
Górny kwartył <i>Upper quartile</i>	103,0	25,0	27,0	25,0	27,0
Maksimum <i>Maximum</i>	114,0	29,0	30,0	30,0	30,0

Tabela 1. Średnie wartości punktowe w zakresie zachowań zdrowotnych
Table 1. Mean point values of health behaviours

żywieniowych (23,05), odchylenie standardowe niespełna 14% średniej świadczy o przeciętnym zróżnicowaniu wyników. Najwyżej oceniono unikanie soli i silnie solonej żywności (4,21) oraz dbałość o prawidłowe odżywianie (4,02), najniżej zaś ograniczenie spożywania takich produktów, jak tłuszcze zwierzęce, cukier (3,73) oraz spożywanie pieczywa pełnoziarnistego (3,32). Praktyki żywieniowe zostały najniżej ocenione ze wszystkich kategorii zachowań. Badani jako grupa prezentują wysoki poziom zachowań profilaktycznych. Średnia wartość wyniosła 24,93 punktu. Odchylenie standardowe niespełna 14% średniej świadczy o przeciętnym zróżnicowaniu wyników. Najwyżej oceniono regularne zgłaszanie się na badania (4,90) i przestrzeganie zaleceń lekarskich wynikających z uzyskanych badań (4,71), najniżej zdobywanie informacji medycznych pomocnych w zrozumieniu przyczyn zdrowia i choroby (3,63) oraz poszukiwanie informacji, jak inni unikają chorób (3,49). Zachowania profilaktyczne były najwyżej ocenioną kategorią zachowań. Badani uzyskali wysoki poziom pozytywnego nastawienia psychicznego (23,53), odchylenie standardowe niespełna 13% wartości średniej świadczy o przeciętnym zróżnicowaniu wyników. Najwyżej oceniono posiadanie przyjaciół i uregulowane życie rodzinne (4,49) oraz pozytywne myślenie (4,28), najniżej natomiast unikanie zbyt silnych emocji, stresów i napięć (3,55) oraz takich uczuć, jak gniew, lęk i depresja (3,54). Badani prezentują również wysoki poziom praktyk zdrowotnych. Średnia wyniosła 24,67 punktu. Odchylenie standardowe niewiele ponad 13% średniej świadczy o przeciętnym zróżnicowaniu wyników. Najwyżej ze wszystkich pozycji oceniono ograniczenie palenia tytoniu (4,65) oraz kontrole masy ciała (4,33), najniżej wystarczający czas odpoczynku (3,80) oraz unikanie przepracowania (3,72).

Podjęto próbę ustalenia, czy na zachowania zdrowotne oraz poszczególne kategorie tych zachowań mają wpływ takie czynniki, jak płeć, grupy wiekowe, wykształcenie, miejsce zamieszkania, posiadanie dzieci, czas od rozpoznania niewydolności nerek, czas dializowania, czas od przeszczepienia i ilość przeszczepień. Najwyższe wyniki w kategorii prawidłowych nawyków żywieniowych osiągnęli badani w wieku 51–60 lat, najniższe do 30 lat. W zakresie zachowań profilaktycznych wyższe wyniki uzyskali badani w wieku powyżej 60 lat, niższe do 30 lat. Wyższe wyniki dotyczące pozytywnego nastawienia psychicznego uzyskali badani w wieku do 30 lat, niższe w wieku 31–40 lat, w praktykach zdrowotnych natomiast wyższe w wieku 31–40 lat, niższe w wieku 41–50 lat. W każdej kategorii zachowań zdrowotnych wyższe wyniki osiągały kobiety, badani z wykształceniem średnim. Najwyższe wyniki zachowań profilaktycznych osiągnęli badani z wykształceniem wyższym, a pozytywnego nastawienia psychicznego ze średnim. W zakresie praktyk zdrowotnych wyższe wyniki prezentują badani z wykształceniem średnim. Generalnie najwięcej punktów w zachowaniach zdrowotnych uzyskali badani z wykształceniem średnim, najniżej z zawodowym. W prawie każdej kategorii zachowań zdrowotnych,

eating wholemeal bread (3.32). Eating habits were assessed lowest of all behaviour categories. The subjects as a group present a high level of preventive behaviours. The mean value reached 24.93 points. Standard deviation of less than 14% of the mean value points to an average differentiation of results. Assessed highest was regular reporting for medical examinations (4.90) and observing medical recommendations resulting from examinations (4.71), while the lowest – getting medical information helpful in understanding the causes of health and disease (3.63) and searching for information on how other people avoid illnesses (3.49). Preventive behaviours were the highest assessed behaviour category. The subjects obtained a high level of positive attitude (23.53); standard deviation of less than 13% of the mean value indicates an average differentiation of results. Assessed highest were: having friends and a regulated family life (4.49) as well as positive thinking (4.28), whereas the lowest assessment referred to avoiding stress and strong emotions (3.55) and such feelings as anger, anxiety and depression (3.54). The subjects present also a high level of health practices. The mean value was 24.67 points. Standard deviation of slightly above 13% of the mean value points to an average differentiation of results. The highest assessment referred to limited tobacco smoking (4.65) and body mass controls (4.33), whereas the lowest – sufficient rest time (3.80) and avoiding of overwork (3.72).

An attempt was made to establish whether or not the health behaviours and individual categories of these behaviours affect such factors as: gender, age groups, education, residence place, having children, time that lapsed from diagnosing the renal failure, dialyzing time, time from transplanting and amount of transplants. The highest results in the category of proper eating habits were achieved by the patients aged 51–60 years, the lowest – up to 30 years. Within preventive behaviours, the highest results were obtained by patients aged above 60 years, lower up to 30 years. Higher results related to the positive attitude were obtained by patients aged up to the age of 30 years, lower at the age of 41–50 years. In each category of health behaviours, higher results were obtained by women, patients with secondary education. The highest results of preventive behaviours were achieved by patients with higher education, and positive attitude – the patients with secondary education. Within health practices, higher results are presented by subjects with secondary education. Generally, most points in health behaviours were obtained by patients with comprehensive secondary education, the lowest amount of points – those with secondary vocational education. Almost in every category of health behaviours, as well as in point results of health behaviours, higher results were obtained by people living in the countryside. An exception is positive attitude, where higher results were obtained by inhabitants of towns. In almost every category of health behaviours, and in point results of health behaviours, higher results were obtained by those patients who had children. An exception is positive attitude, where an insignificantly higher result was obtained

jak również w wynikach punktowych zachowań zdrowotnych wyższe wyniki osiągnęli badani mieszkający na wsi. Wyjątek stanowi pozytywne nastawienie psychiczne, gdzie wyższe wyniki uzyskali mieszkańcy miasta. W prawie każdej kategorii zachowań zdrowotnych, a także w wynikach punktowych zachowań zdrowotnych wyższe wyniki osiągnęli badani mający dzieci. Wyjątek stanowi pozytywne nastawienie psychiczne, gdzie nieznacznie wyższy wynik uzyskali badani bezdzietni. Najwyższe wyniki w zakresie prawidłowych nawyków i zachowań profilaktycznych osiągnęli badani, u których czas od rozpoznania choroby wynosił ponad 30 lat, a w zakresie pozytywnego nastawienia psychicznego i praktyk zdrowotnych ci, u których ten czas nie przekraczał 5 lat. Generalnie najwięcej punktów w ocenie zachowań zdrowotnych uzyskali badani, u których czas od diagnozy nie przekroczył 5 lat, następnie ci, u których wynosił on powyżej 30 lat, w dalszej kolejności 6–10 lat, najniżej natomiast badani, u których chorobę rozpoznano 21–30 lat temu. Najwyższe wyniki w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych i pozytywnego nastawienia psychicznego uzyskali badani dializowani rok, natomiast w zakresie praktyk zdrowotnych dializowani kilka lat. Generalnie najwięcej punktów w zachowaniach zdrowotnych uzyskali badani dializowani rok, najmniej dializowani kilka miesięcy. Najwyższe wyniki w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych osiągnęli badani, u których od przeszczepienia upłynęło kilka miesięcy, a w zachowaniach profilaktycznych, pozytywnym nastawieniu psychicznym i w praktykach zdrowotnych badani rok po przeszczepieniu narządu. Generalnie najwięcej punktów w zachowaniach zdrowotnych uzyskiwali badani rok po przeszczepieniu, najmniej będący kilka lat po operacji. Najwyższe wyniki zarówno w zakresie prawidłowych zachowań zdrowotnych ogółem, jak również wszystkich jego kategorii uzyskali badani, którzy mieli przeszczepiany narząd po raz pierwszy.

Kwestionariusz MHLC to Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia. Zawiera ona 18 stwierdzeń dotyczących zgeneralizowanych oczekiwań w trzech wymiarach umiejscowienia kontroli zdrowia: wewnętrznym (W) – kontrola nad własnym zdrowiem zależy ode mnie; wpływu innych (I) – własne zdrowie jest wynikiem oddziaływania innych, zwłaszcza personelu medycznego; przypadku (P) – o stanie zdrowia decyduje przypadek czy inne czynniki zewnętrzne. Zakres wyników dla każdej skali wynosi 6–36 punktów. Im wyższy wynik, tym silniejsze przekonanie, że dany czynnik ma wpływ na stan zdrowia⁽³⁾. Ze wszystkich wymiarów umiejscowienia kontroli zdrowia najwyższe średnie wartości punktowe uzyskano w wymiarze wpływu innych (27,36), natomiast najniższe w wymiarze przypadku (20,64). Największą liczbę wyników wysokich otrzymano w wymiarze przypadku, najmniejszą w wymiarze wpływu innych (tabela 2). Najwięcej wyników wysokich w wymiarze wewnętrznym uzyskano w grupie wiekowej do 31–40 lat (60,0%), w wymiarze wpływu innych – powyżej 60 lat (60,0%), a w wymiarze

by childless patients. The highest results within proper habits and preventive behaviours were achieved by those patients in whom the time from diagnosing the disease was over 30 years, and within positive attitude and health practices – those in whom that time did not exceed 5 years. Generally, most points in evaluation of health behaviours were obtained by those in whom the time from the diagnosis did not exceed 5 years, and subsequently those with that time longer than 30 years, further on 6–10 years, whereas the least amount of points was achieved by those patients who had the disease diagnosed 21–30 years ago. The highest results within proper eating habits, preventive behaviours and positive attitude were obtained by the patients dialyzed for a year, whereas within health practices – those dialyzed for several years. Generally, most points in health behaviours were obtained by those dialyzed for a year, and the lowest number of points – by those dialyzed for several months. The highest results within proper eating habits were achieved by the patients several months after the transplant, whereas in preventive behaviours, positive attitude and health practices – one year after the transplant. Generally, most points in health behaviours were obtained a year after the transplant, the least amount of points – those several years after the surgery. The highest results both within proper health behaviours in total, and all its categories, were obtained by those subjects who had their organ transplanted for the first time.

The MHLC questionnaire (the Multidimensional Health Locus of Control Scale) contains 18 statements related to generalized expectations in three dimensions of health locus of control: internal (W) – control of my health depends on me; impact of others (I) – my own health is a result of the impact of other people, especially the medical staff; chance (P) – a chance or other external factors determine my health condition. The range of results for each scale reaches 6–36 points. The higher the result, the stronger the belief that a given factor affects the health condition⁽³⁾. Of all dimensions of health locus of control, the highest mean point values were obtained in the dimension of the impact of others (27.36), and the lowest – in the dimension of a chance (20.64). The highest amount of results was obtained in the dimension of a chance, the least in the dimension of the impact of others (table 2). Most of the high results in the internal dimension were obtained in the age group up to 31–40 years (60.0%), in the dimension of the impact of others – above 60 years (60.0%), and in the dimension of a chance – in the group aged 41–50 years (66.7%). Most of the highest results in the internal dimension were obtained in the group with primary education (57.1%), in the dimension of the impact of others – with higher education (62.5%), and in the dimension of a chance – with primary education (64.3%). More of the high results in all dimensions were obtained by inhabitants of towns: internal dimension – 58.2%, dimension of the impact of others – 56.7%, dimension of a chance – 55.6%. High results in all dimensions were obtained by those patients who

Umiejscowienie kontroli <i>Locus of control</i>	Wewnętrzne <i>Internal</i>		Wpływ innych <i>Impact of others</i>		Przypadek <i>Chance</i>	
	Liczba <i>Number</i>	%	Liczba <i>Number</i>	%	Liczba <i>Number</i>	%
Niskie <i>Low</i>	47	48,0	48	49,0	46	46,9
Wysokie <i>High</i>	51	52,0	50	51,0	52	53,1

Tabela 2. Wyniki dotyczące umiejscowienia kontroli zdrowia
Table 2. Results of health locus of control

przypadku – w grupie 41–50 lat (66,7%). Najwięcej wyników wysokich w wymiarze wewnętrznym uzyskano w grupie z wykształceniem podstawowym (57,1%), w wymiarze wpływu innych – z wyższym (62,5%), a w wymiarze przypadku – z podstawowym (64,3%). Więcej wyników wysokich we wszystkich wymiarach uzyskali mieszkańcy miasta: wymiar wewnętrzny – 58,2%, wymiar wpływu innych – 56,7%, wymiar przypadku – 55,6%. Wyniki wysokie we wszystkich wymiarach uzyskali badani, którzy zadeklarowali, że posiadają dzieci: w wymiarze wewnętrznym – 55,2%, w wymiarze wpływu innych – 56,7%, w wymiarze przypadku – 56,7%. Najwięcej wyników wysokich w wymiarze wewnętrznym uzyskano w grupie osób, u których minęło 11–15 lat od diagnozy (69,6%), w wymiarze wpływu innych u tych, u których ten okres wynosi 16–20 lat (66,7%), a w wymiarze przypadku – do 5 lat (64,3%). Najwięcej wyników wysokich w wymiarze wewnętrznym uzyskano w grupie dializowanej kilka miesięcy (53,8%), w wymiarze wpływu innych również w tej grupie (57,7%). Ze względu na czas, jaki upłynął od wykonania zabiegu, najwięcej wyników wysokich w wymiarze wewnętrznym (60,0%), w wymiarze wpływu innych (68,0%) i w wymiarze przypadku (56,0%) uzyskano w grupie badanych mających przeszczep przed kilkoma miesiącami. Wymiar wewnętrzny kontroli zdrowia pozostawał w istotnej średniej korelacji z zachowaniami zdrowotnymi, prawidłowymi nawykami żywieniowymi oraz w niskiej korelacji z pozytywnym nastawieniem psychicznym (tabela 3). Wyższe wyniki zachowań zdrowotnych prezentują badani uzyskujący wysokie wyniki w wymiarze wewnętrznym kontroli zdrowia.

declared that they have children: in internal dimension – 55.2%, in the dimension of the impact of others – 56.7%, in the dimension of a chance – 56.7%. Most of the high results in the internal dimension were obtained in the group of people 11–15 years after the diagnosis (69.6%), in the dimension of the impact of others in those in whom this period is 16–20 years (66.7%) and in the dimension of a chance – up to 5 years (64.3%). Most of the high results in the internal dimension were obtained in the group dialyzed for several months (53.8%), in the dimension of the impact of others – also in this group (57.7%). Due to the time that lapsed from the surgery, most of the high results in the internal dimension (60.0%), in the dimension of the impact of others (68.0%) and in the dimension of a chance (56.0%) were obtained in the group of those who had transplant a few months before. The internal dimension of the health locus of control was in a significant average correlation with health behaviours, proper eating habits, and in low correlation with positive attitude (table 3). Higher results of health behaviours are presented by the patients obtaining high results in the internal dimension of health locus of control. The dimension of the impact of others on the health control was in a significant low correlation with health and preventive behaviours (table 4). Higher results in all categories of health behaviours are presented by the patients obtaining high results within the dimension of the impact of others. The dimension of a chance in health control was not in a significant correlation with health behaviours and its individual categories (table 5). Slightly higher results within health behaviours were presented by the patients obtaining low results in the dimension of a chance in health control. Higher results within proper eating habits and preventive behaviours were achieved by the patients obtaining high results within the dimension of a chance. Higher results within positive attitude and health practices are presented by those patients who obtained low results in the dimension of a chance.

DISCUSSION

The studies were carried out on a population of 98 patients staying at the Transplant and Surgery Clinic and Transplant

Pozycja <i>Item</i>	N	R	t(N-2)	Poziom p <i>Level p</i>
Kontrola wewnętrzna a zachowania zdrowotne <i>Internal control and health behaviours</i>	98	0,3088	3,1806	0,0020
Kontrola wewnętrzna a prawidłowe nawyki żywieniowe <i>Internal control and proper eating habits</i>	98	0,3400	3,5418	0,0006
Kontrola wewnętrzna a zachowania profilaktyczne <i>Internal control and preventive behaviours</i>	98	0,1266	1,2508	0,2141
Kontrola wewnętrzna a pozytywne nastawienie psychiczne <i>Internal control and positive attitude</i>	98	0,2278	2,2921	0,0241
Kontrola wewnętrzna a praktyki zdrowotne <i>Internal control and health practices</i>	98	0,1291	1,2752	0,2053

Tabela 3. Korelacje między wymiarem wewnętrznym kontroli zdrowia a wynikami IZZ
Table 3. Correlations between internal dimension of health locus of control and Health Behaviour Inventory results

Pozycja Item	N	R	t(N-2)	Poziom p Level p
Kontrola wewnętrzna a zachowania zdrowotne <i>Internal control and health behaviours</i>	98	0,2031	2,0328	0,0448
Kontrola wewnętrzna a prawidłowe nawyki żywieniowe <i>Internal control and proper eating habits</i>	98	0,1117	1,1010	0,2736
Kontrola wewnętrzna a zachowania profilaktyczne <i>Internal control and preventive behaviours</i>	98	0,2000	2,0000	0,0483
Kontrola wewnętrzna a pozytywne nastawienie psychiczne <i>Internal control and positive attitude</i>	98	0,1362	1,3465	0,1813
Kontrola wewnętrzna a praktyki zdrowotne <i>Internal control and health practices</i>	98	0,1555	1,5424	0,1263

Tabela 4. Korelacje między wymiarem wpływu innych w kontroli zdrowia a wynikami IZZ

Table 4. Correlations between the impact of others in health control and Health Behaviour Inventory results

Wymiar wpływu innych na kontrolę zdrowia pozostawał w istotnej niskiej korelacji z zachowaniami zdrowotnymi i profilaktycznymi (tabela 4). Wyższe wyniki we wszystkich kategoriach zachowań zdrowotnych prezentują badani uzyskujący wysokie wyniki w zakresie wymiaru wpływu innych. Wymiar przypadku w kontroli zdrowia nie pozostawał w istotnej korelacji z zachowaniami zdrowotnymi i jego poszczególnymi kategoriami (tabela 5). Nieznacznie wyższe wyniki w zakresie zachowań zdrowotnych prezentują badani uzyskujący niskie wyniki w wymiarze przypadku w kontroli zdrowia. Wyższe wyniki w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych i zachowań profilaktycznych osiągnęli badani uzyskujący wysokie wyniki w zakresie wymiaru przypadku. Wyższe wyniki z zakresu pozytywnego nastawienia psychicznego i praktyk zdrowotnych prezentują badani, którzy uzyskali niskie wyniki w wymiarze przypadku.

OMÓWIENIE

Badania zostały przeprowadzone na populacji 98 osób przebywających w Klinice Transplantologii i Chirurgii Ogólnej oraz w Poradni Transplantologicznej Szpitala

Outpatients Clinic in the University Hospital No 1 in Bydgoszcz. Evaluated were health behaviours of patients after kidney transplant depending on age, education, marital status, residence place, working place and course of therapy, besides evaluated were the opinions about generalized expectations of health locus of control. Analysis of the Health Behaviour Inventory indicates that the respondents present a high level of health behaviours. Assessed highest of all categories of these behaviours were preventive behaviours, slightly lower assessed were health practices and positive attitude. So good results point out the importance of the health condition for the patients. They can change their existing habits, not always advantageous for their health. Assessed lowest were eating practices, despite a high level of knowledge about proper eating habits. Such results may indicate that the subjects have knowledge about proper eating, but they not always use it. As indicated by the obtained results, this may particularly refer to the people under the age of 30, who find it more difficult to adjust to limitations connected with a change in health behaviours. The obtained results may serve as educational material for medical personnel to introduce modifications in the lifestyle of patients after kidney transplant, including

Pozycja Item	N	R	t(N-2)	Poziom p Level p
Przypadek a prawidłowe nawyki żywieniowe <i>Chance and proper eating habits</i>	98	-0,0077	-0,0754	0,9400
Przypadek a zachowania profilaktyczne <i>Chance and preventive behaviours</i>	98	0,0918	0,9034	0,3685
Przypadek a pozytywne nastawienie psychiczne <i>Chance and positive attitude</i>	98	0,1326	1,3107	0,1931
Przypadek a praktyki zdrowotne <i>Chance and health practices</i>	98	-0,0676	-0,6643	0,5081
Przypadek a zachowania zdrowotne <i>Chance and health behaviours</i>	98	-0,0888	-0,8735	0,3846

Tabela 5. Korelacje między wymiarem przypadku w kontroli zdrowia a wynikami IZZ

Table 5. Correlations between the dimension of a chance in health control and the Health Behaviour Inventory results

Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy. Oceniano zachowania zdrowotne osób po przeszczepieniu nerki w zależności od wieku, wykształcenia, stanu cywilnego, miejsca zamieszkania, pracy i przebiegu terapii, a także dokonano oceny przekonań dotyczących zgeneralizowanych oczekiwań umiejscowienia kontroli zdrowia. Z analizy kwestionariusza IZZ wynika, że ankietowani prezentują wysoki poziom zachowań zdrowotnych. Ze wszystkich kategorii tych zachowań najwyżej ocenione zostały zachowania profilaktyczne, nieznacznie niżej praktyki zdrowotne i pozytywne nastawienie psychiczne. Tak dobre wyniki świadczą o tym, jak ważny dla badanych jest ich stan zdrowia. Potrafią zmienić swoje dotychczasowe, nie zawsze korzystne dla zdrowia przyzwyczajenia.

Najniżej oceniono praktyki żywieniowe, pomimo wysokiego poziomu wiedzy na temat właściwych nawyków żywieniowych. Wyniki takie mogą świadczyć o tym, że badani posiadają wiedzę na temat prawidłowego odżywiania, lecz nie zawsze się do niej stosują. Jak wskazują uzyskane badania, może to dotyczyć szczególnie osób poniżej 30. roku życia, którzy trudniej przystosowują się do ograniczeń związanych ze zmianą zachowań zdrowotnych.

Otrzymane wyniki mogą posłużyć jako materiał edukacyjny dla personelu medycznego w celu wprowadzenia modyfikacji w stylu życia pacjentów po przeszczepieniu nerki, z uwzględnieniem edukacji na ten temat, szczególnie wśród ludzi młodych.

Wyniki badań przeprowadzonych przez Brodałko u pacjentów z chorobą wrzodową żołądka i dwunastnicy wskazują, że istnieje różnica w zachowaniach zdrowotnych badanych w dniu pracy i w dniu wolnym od pracy⁽⁴⁾. Stwierdzono bardziej prozdrowotne zachowanie respondentów w dniu wolnym od pracy w porównaniu z dniem roboczym. Badania wykazały, że żaden respondent nie oceniał swojego stanu zdrowia i nie zmienił stylu życia po zachorowaniu na chorobę wrzodową żołądka i dwunastnicy. Wyniki tych badań odbiegają znacznie od wyników uzyskanych w pracy własnej, w której badani prezentują wysoki poziom zachowań zdrowotnych. W badaniu Ciurysek wśród osób poddanych operacyjnemu leczeniu chorób serca dominował pogląd, że człowiek sam w największym stopniu jest odpowiedzialny za swoje zdrowie⁽⁵⁾. Znajomość zasad prozdrowotnego stylu życia nie miała jednak przełożenia na ich codzienne zachowania. Mimo iż większość badanych znała podstawowe czynniki ryzyka choroby niedokrwiennej serca, to świadomość realizacji zachowań antyzdrowotnych nie była dostateczną motywacją do wprowadzenia prozdrowotnych zmian. Wskazuje to na ogromne znaczenie edukacji zdrowotnej pacjentów dla uniknięcia powikłań związanych z chorobą i rolę w tej edukacji całego zespołu terapeutycznego. Wyniki tych badań są podobne do rezultatów uzyskanych w pracy własnej, dotyczącej praktyk żywieniowych stosowanych szczególnie przez ludzi młodych po przeszczepieniu nerki.

Jak pokazują badania przeprowadzone przez Kozięlec, w grupie osób starszych sposób żywienia znacznie odbiega

education on this subject, especially among young people. The results of the studies carried out by Brodałko in patients with chronic gastric and duodenal ulcer diseases indicate that there is a difference in the subjects' health behaviours between the working day and free days⁽⁴⁾. More health-promoting behaviours were found among respondents on leisure days, as compared to working days. The studies indicate that not a single respondent evaluated her/his health condition, neither did she/he change the lifestyle after falling ill with chronic gastric and duodenal ulcer disease. The results of these studies considerably divert from the results obtained in our own study where the subjects present a high level of health behaviours. In the study carried out by Ciurysek, among those subjected to operative treatment of cardiac diseases, predominant was the opinion that people themselves are responsible for their health⁽⁵⁾. The knowledge of the healthy lifestyle principles did not correlate with their everyday behaviour. Although most of the patients knew the basic risk factors of ischaemic heart disease, awareness of accomplishment of anti-health behaviours was not a sufficient motivation for introducing the health changes. This points to a great importance of patients' health education for avoiding the complications connected with the disease and role of the whole therapeutic team in this education. The results of these studies are similar to the results obtained in our own study related to eating practices used especially by young patients after kidney transplant.

As shown by the studies carried out by Kozięlec, in the group of older people the eating habit differs considerably from dietary recommendations posed in prevention of circulatory system diseases⁽⁶⁾. The results of these studies differ considerably from the results obtained in our own studies. Patients after kidney transplant may serve as a model in respect of preventive behaviours. They regularly report for medical examinations and observe medical recommendations resulting from the studies, they acquire knowledge on how to avoid diseases, willingly search for medical information helpful in understanding the factors affecting health and disease, adjust the type of physical activity to the present health condition and their adaptability. Such results point to high care about one's own health. The patients are aware of negative consequences of neglecting the above mentioned behaviour. They know how to appreciate the gift they obtained.

An important trait which regulates the individual's functioning in difficult situations is the sense of control. It conditions the course of the stress process through evaluation of the degree of risk and undertaking of specific strategies of coping with stress^(7,8). Two types of the sense of health locus of control with reference to the health state are singled out: internal locus of control which is an expression of the individual's conviction about her/his direct impact on the health state, and external – when the individual is convinced that her/his health depends on external factors (these may comprise happiness, chance, destiny or also other people)⁽⁹⁾. In our own studies the highest mean point values were obtained in the dimension of the impact of others, the lowest

od zaleceń dietetycznych rekomendowanych w profilaktyce chorób układu krążenia⁽⁶⁾. Wyniki tych badań znacznie odbiegają od wyników uzyskanych w badaniach własnych. Pacjenci po przeszczepieniu nerki mogą być wzorem do naśladowania pod względem zachowań profilaktycznych. Regularnie zgłaszają się na badania lekarskie i przestrzegają zaleceń lekarskich wynikających z uzyskanych badań, zdobywają wiedzę, w jaki sposób unikać chorób, chętnie poszukują informacji medycznych pomocnych w zrozumieniu czynników wpływających na zdrowie i chorobę, dostosowują rodzaj aktywności fizycznej do obecnego stanu zdrowia i swoich możliwości adaptacyjnych. Takie wyniki świadczą o dużej dbałości o własne zdrowie. Badani są świadomi negatywnych konsekwencji lekceważenia wyżej wymienionego postępowania. Umieją docenić dar, jaki otrzymali.

Istotną cechą regulującą funkcjonowanie jednostki w trudnych sytuacjach jest poczucie kontroli. Warunkuje ono przebieg procesu stresowego poprzez ocenę stopnia zagrożenia i podejmowania określonych strategii radzenia sobie ze stresem^(7,8). Wyróżnia się dwa rodzaje poczucia umiejscowienia kontroli w odniesieniu do stanu zdrowia: wewnętrzne umiejscowienie kontroli, które jest wyrazem przekonania jednostki o jej bezpośrednim wpływie na stan zdrowia, oraz zewnętrzne – gdy jest ona przekonana, że stan jej zdrowia zależy od czynników zewnętrznych (mogą one obejmować szczęście, przypadek, przeznaczenie lub też innych ludzi)⁽⁹⁾. W badaniach własnych najwyższe średnie wartości punktowe uzyskano w wymiarze wpływu innych, najniższe w wymiarze przypadku. Wyniki dotyczące umiejscowienia kontroli zdrowia nie są zależne od płci. Podobne wyniki uzyskano, różnicując ankietowanych pod względem wieku, wykształcenia, miejsca zamieszkania, czasu, jaki upłynął od rozpoznania niewydolności nerek, pod względem czasu dializowania, czasu od przeszczepienia narządu, a także liczby przeszczepień. Jedynie grupy posiadające dzieci różnią się istotnie pod względem wyników dotyczących umiejscowienia kontroli zdrowia. Jest to związane najprawdopodobniej z tym, że osoby posiadające dzieci mają dla kogo żyć, są bardziej odpowiedzialne za drugą osobę, dlatego też bardziej zależy im na dobrym zdrowiu i dążą do jego utrzymania. Podobne wyniki do rezultatów badań własnych uzyskała Opuchlik⁽⁸⁾. Pacjenci ze współistniejącą chorobą niedokrwienną serca oraz nadciśnieniem tętniczym wykazywali silniejsze przekonanie o wpływie innych osób na stan ich zdrowia. Pacjenci z nadciśnieniem tętniczym, u których wykluczono inne jednostki chorobowe, przypisywali większe znaczenie wewnętrznemu umiejscowieniu kontroli zdrowia. Badania własne wykazały, że wiek respondentów nie wpływa na umiejscowienie kontroli zdrowia. Przeciwnieństwem tych wyników są badania Strzeleckiego, w których można doszukać się wniosków, że zewnątrzsterowność sprzyja zachowaniom antyzdrowotnym we wszystkich badanych wymiarach⁽¹⁰⁾. Biorąc pod uwagę czynnik wpływu grupy rówieśniczej na jednostkę

– in the dimension of a chance. The results on the health locus of control do not depend on gender. Similar results were obtained by differentiating the respondents in terms of their age, education, residence place, time that lapsed from the diagnosis of renal failure, in terms of dialyzing time, time that lapsed from the organ transplantation time, and the number of transplants. Only groups having children significantly differ in the results of the health locus of control. Most probably this is connected with that those having children have someone to live for, they are more responsible for the other person, therefore they care more about good health and aim to maintain it. Results similar to ours were obtained by Opuchlik⁽⁸⁾. Patients with concomitant ischaemic heart disease and arterial hypertension exhibited a stronger belief in the impact of other people on their health condition. Patients with arterial hypertension in whom other nosological units were excluded ascribed more importance to internal health locus of control. Our own studies indicated that the respondents' age does not affect the health locus of control. Contrary to these results are the studies carried out by Strzelecki, in which the conclusions may be drawn that outer-containment supports anti-health behaviours in all tested dimensions⁽¹⁰⁾. Considering the peers group's impact on the individual during adolescence, as well as a higher susceptibility to the impact of the surroundings in people with external locus of control, we may assume that the peers' impact on adolescents within anti-health behaviours connected with the use of psychoactive substances is very important⁽¹⁰⁾. Different results from ours were obtained by Mojs, who showed that predominant in the examined group of adolescents is the internal sense of health control, and tobacco smoking does not affect directly the health locus of control in young adults. Smoking students pay more attention to accidental factors which in their conviction affect their health⁽⁷⁾. The results of our own studies do not differ from the results obtained by Wrzesińska. In that author's study, predominant in multiple sclerosis patients was external locus of control, sense of one's own effectiveness. Most of the patients exhibited a high intensity of optimism⁽¹¹⁾. Similar results may be associated with the fact that both groups suffered from chronic disease. Summing up, health behaviour is the individual's every behaviour which may have an immense impact on that individual's health. It is us who largely decide what our lifestyle looks like. One of the greatest values for every human being is health, only if we care about it may we enjoy fully our life, accomplish our passions and dreams. Despite the fight with the disease, many difficult moments during waiting for kidney transplant and life after transplant it is worthwhile to focus on positive health behaviours and enjoy every day.

CONCLUSIONS

1. People after kidney transplant differ in their health behaviours, but they present their high level. Assessed highest were preventive behaviours, health practices and positive attitude, and the lowest – eating practices.

w okresie adolescencji, jak również większą podatność na wpływ otoczenia osób z zewnętrznym umiejscowieniem poczucia kontroli można przyjąć, że oddziaływanie rówieśników na adolescentów w dziedzinie zachowań antyzdrowotnych związanych ze stosowaniem używek jest bardzo istotne⁽¹⁰⁾. Odmienne wyniki od badań własnych uzyskała Mojs, ukazując, iż w grupie badanej młodzieży dominuje wewnętrzne poczucie kontroli zdrowia, a palenie tytoniu nie wpływa bezpośrednio na umiejscowienie poczucia kontroli zdrowia u młodych dorosłych. Studenci palący w większym stopniu zwracają uwagę na czynniki przypadkowe, które w ich przekonaniu mają wpływ na ich zdrowie⁽⁷⁾. Wyniki badań własnych nie różnią się od rezultatów uzyskanych przez Wrześcińską. W badaniu tej autorki u chorych na stwardnienie rozsiane dominowało zewnętrzne umiejscowienie kontroli, poczucie własnej skuteczności. Większość badanych wykazywała wysokie nasilenie optymizmu⁽¹¹⁾. Podobne wyniki mogą mieć związek z tym, iż obie grupy badanych borykały się z chorobą przewlekłą.

Podsumowując, zachowanie zdrowotne to każde zachowanie jednostki, które może mieć ogromny wpływ na jej zdrowie. To my w dużej mierze decydujemy, jak wygląda nasz styl życia. Jedną z największych wartości dla każdego człowieka jest zdrowie, to dzięki dbaniu o nie możemy cieszyć się pełną życia, realizować swoje pasje i marzenia. Pomimo walki z chorobą, wielu ciężkich chwil podczas oczekiwania na przeszczep nerki i życie po przeszczepie warto skupić się na pozytywnych zachowaniach zdrowotnych i cieszyć każdym dniem.

WNIOSKI

1. Osoby po przeszczepieniu nerki różnią się pod względem zachowań prozdrowotnych, ale prezentują ich wysoki poziom. Najwyżej oceniono zachowania profilaktyczne, praktyki zdrowotne, pozytywne nastawienie psychiczne, a najniżej praktyki żywieniowe.
2. Osoby w wieku 41–50, 51–60 i powyżej 60 lat prezentują właściwe lub wysokie zachowania zdrowotne, natomiast pacjenci w wieku do 30 lat nieco niższe.
3. Wśród badanych dominował pogląd o wpływie innych osób na stan ich zdrowia, najmniej osób uważało, że ich stan zdrowia zależy od przypadku.
4. W kontroli wewnętrznej, w wymiarze wpływu innych i w wymiarze przypadku wyniki badanych kobiet były nieco wyższe od badanych mężczyzn.
5. Otrzymane wyniki mogą umożliwić lepsze rozpoznanie potrzeb osób po przeszczepieniu nerki oraz pomóc w planowaniu edukacji, co wpłynie na podwyższenie poziomu wiedzy, pomagając chorym w dbaniu o własne zdrowie. Mogą również posłużyć jako materiał edukacyjny dla pacjentów i ich rodzin.

2. People aged 41–50, 51–60 and above 60 years present proper or high health behaviours, whereas the patients aged up to 30 – a bit lower.
3. Predominant among the subjects was the view about the impact of other people on their health state. The number of those who thought that their health condition depended on a chance was the lowest.
4. In internal control, in the dimension of the impact of others and in the dimension of a chance, the results of the examined women were somewhat higher than those of the examined men.
5. The obtained results may enable better recognizing of the needs of the patients after kidney transplant and help in planning education, which will contribute to enhanced level of knowledge, helping the patients to care about their own health. They may also serve as educational material for the patients and their families.

PIŚMIENNICTWO:

BIBLIOGRAPHY:

1. Trzcińska M., Włodarczyk Z.: Zastosowanie technik poznawczo-behawioralnych w pracy terapeutycznej z pacjentami po przeszczepieniu nerki w świetle doświadczeń własnych. *Psycho-terapia* 2007; 2: 57–70.
2. Armitage C.J., Conner M.: Social cognition models and health behaviour: a structured review. *Psychol. Health* 2000; 15: 173–189.
3. Juczyński Z.: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2001.
4. Brodalko B., Wdowiak L.: Zachowania zdrowotne podopiecznych kolejowej służby zdrowia w Lublinie chorych na chorobę wrzodową żołądka i dwunastnicy. *Zdr. Publ.* 1995; 106: 186–188.
5. Ciurysek M., Schabowski J.: Modyfikowalne czynniki ryzyka chorób układu krążenia i zachowania zdrowotne pacjentów poddanych operacyjnemu leczeniu chorób serca. *Med. Og.* 2008; 14: 235–245.
6. Kozielec T., Karakiewicz B., Późniak J., Sałacka A.: Wybrane zachowania zdrowotne pacjentów w wieku starszym będących pod opieką lekarzy rodzinnych a choroby układu krążenia. *Pol. Med. Rodz.* 2000; 2: 159–161.
7. Mojs E., Wójcicki R.W., Kleka P.: Umiejscowienie kontroli zdrowia a palenie tytoniu u młodych dorosłych. *Przegl. Lek.* 2006; 63: 1054–1056.
8. Opuchlik K., Wrześcińska M., Kocur J.: Ocena poziomu stylów radzenia sobie ze stresem i poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia u osób z chorobą niedokrwinną serca i nadciśnieniem tętniczym. *Psychiatr. Pol.* 2009; 43: 235–245.
9. Sokołowska J.: Przewidywania i wybory a przekonanie o własnej kontroli. Wydaw. Instytutu Psychologii PAN, Warszawa 1993.
10. Strzelecki W., Cybulski M., Strzelecka M.: Rola poczucia umiejscowienia kontroli w kształtowaniu wybranych zachowań zdrowotnych adolescentów. *Nowiny Lek.* 2009; 78: 18–22.
11. Wrześcińska M.A., Opuchlik K., Kocur J.: Ocena umiejscowienia kontroli zdrowia oraz poziomu poczucia własnej skuteczności i optymizmu u chorych na stwardnienie rozsiane. *Postępy Psychiatr. Neurol.* 2008; 17: 313–318.
12. Wallston K.A., Wallston B.S., Smith S., Dobbins C.J.: Perceived control and health. *Curr. Psychol.* 1987; 6: 5–25.
13. Wallston B.S., Wallston K.A.: Locus of control and health: a review of the literature. *Health Educ. Monogr.* 1978; 6: 107–117.