

# Związek umiejscowienia kontroli zdrowia z depresyjnością wśród studentów uczelni medycznej

Katarzyna Fiszer, Tomasz Sobów

Zakład Psychologii Lekarskiej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Fiszer K, Sobów T. Związek umiejscowienia kontroli zdrowia z depresyjnością wśród studentów uczelni medycznej. Med Og Nauk Zdr. 2013; 19(3): 294–299.

## Streszczenie

**Wprowadzenie i cel pracy:** Zarówno na umiejscowienie poczucia kontroli, jak i na samopoczucie jednostki wpływa szereg czynników. Istotny może być kierunek studiów, wykonywana praca czy liczba stresujących wydarzeń. Czy istnieje zatem związek między poczuciem kontroli zdrowia i stanami depresyjnymi oraz czy istotny jest wpływ płci i kierunku studiów?

**Materiały i metoda:** Badania przeprowadzono na 230 studentach Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w wieku 20–25 lat, w tym 137 kobietach i 93 mężczyznach, przy pomocy Wielowymiarowej Skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC) oraz Inwentarza Depresji S-TIDEP.

**Wyniki:** Badani wykazują skłonność do zewnętrznego lokowania kontroli zdrowia, co oznacza, że w kwestiach swojego zdrowia wolą polegać na specjalistach. Mężczyźni istotnie częściej deklarują wewnętrzną kontrolę, podczas gdy kobiety częściej wskazują na kontrolę zewnętrzną, zlokalizowaną w innych osobach. Badania pokazały istotny związek między depresyjnością a wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia. U osób z wysoką kontrolą wewnętrzną występuje mniej depresyjnych uczuć i procesów poznawczych. Z kolei duża liczba depresyjnych uczuć wiąże się ze spadkiem poczucia sprawowania kontroli nad własnym zdrowiem.

**Wnioski:** 1. W porównaniu z innymi osobami w wieku 18–25, badani mają większą skłonność do zewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia. 2. Na umiejscowienie kontroli zdrowia wpływają takie czynniki jak: wiek, kierunek studiów czy poczucie odpowiedzialności. 3. Depresyjność i wewnętrzna kontrola zdrowia oddziałują na siebie wzajemnie.

## Słowa kluczowe

umiejscowienie poczucia kontroli, depresja, depresyjność, umiejscowienie kontroli zdrowia, zewnętrzna – wewnętrzna kontrola

## WPROWADZENIE

Koncepcja poczucia umiejscowienia kontroli (*locus of control* – LOC) wywodzi się z teorii społecznego uczenia się J. Rottera [1]. Zgodnie z nią, człowiek dąży do zaspokojenia swoich potrzeb poprzez różne formy zachowań instrumentalnych, które dostarczają mu wzmocnień i sprawiają, że w przyszłości, po takim zachowaniu zawsze oczekiwane będzie takie samo wzmocnienie. Natomiast, gdy możliwe są alternatywne zachowania, wybrany zostanie ten sposób, który dostarczy wzmocnień najbardziej wartościowych i oczekiwanych [1, 2, 3].

Odbieranie wzmocnień jako konsekwencji własnych działań, sprzyja powstaniu poczucia wewnętrznego umiejscowienia kontroli, określanej jako „wewnętrzsterowność”. Osoby o wewnętrznym LOC, mając świadomość wpływania na swój los i przebieg wydarzeń, mają wyższe aspiracje i wyżej oceniają prawdopodobieństwo sukcesu w swoich działaniach, tolerują wieloznaczność, ufają sobie i są bardziej samodzielne w podejmowaniu decyzji. Należy jednak pamiętać, że skrajna wewnętrzsterowność w sytuacji niepowodzenia może skutkować samooskarżaniem się [1, 4, 5].

Gdy uzyskiwane wzmocnienia są odbierane jako efekt działania otoczenia, mamy do czynienia z zewnętrznym umiejscowieniem kontroli wzmocnień, nazywanym „ze-

wnątrsterownością”. Człowiek z zewnętrznym LOC sądzi, że to, co go spotyka, jest niezależne od podejmowanych działań i pozostaje poza jego kontrolą. Sprzyja to powstawaniu takich zachowań jak: bierność, zależność, nietolerancja wieloznaczności. Osoby takie nie ufają sobie i swoim możliwościom, są niepewne, silnie przeżywają zagrożenia, a w sytuacjach trudnych stosują mechanizmy obronne oparte na wypieraniu. Zaobserwowano, że osoby z silnym poczuciem kontroli zewnętrznej są stosunkowo bierne przy jakichkolwiek próbach wpływania na własny los [1, 4, 5].

Stało się to inspiracją do badań nad związkiem poczucia kontroli ze zdrowiem fizycznym. Sonstroem, Walker i in. ustalili, że osoby z wewnętrznym LOC częściej podejmują środki zaradcze przeciw chorobom i wypadkom niż osoby z zewnętrznym LOC [6]. Ponadto, ludzie preferujący zdrowy styl życia w mniejszym stopniu wierzą we wpływ przypadku [6], wykazują większą aktywność prozdrowotną i czują się bardziej odpowiedzialni za swoje zdrowie. Juczyński zaobserwował, że częstsze angażowanie się w zachowania profilaktyczne, takie jak systematyczne badania i przestrzeganie zaleceń lekarskich, wiąże się z poczuciem zewnętrznej kontroli zdrowia, natomiast bardziej skrupulatne przestrzeganie codziennych praktyk zdrowotnych i nawyków żywieniowych z kontrolą wewnętrzną [7]. Tak więc wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia sprzyja utrzymaniu lepszego stanu zdrowia [6].

Z jednej strony wydawać by się mogło, że osoby z silnym poczuciem odpowiedzialności za własne życie mogą mieć większą skłonności do depresji w sytuacji, gdy źle im się wie-

dzie. Z drugiej strony, typowe dla zewnętrznego LOC poczucie bezradności, bezsilności i braku możliwości wpływu na swój los są uczuciami często towarzyszącymi depresji. Stąd hipoteza, że istnieje związek między depresją a zewnętrznym poczuciem kontroli, co potwierdzono badaniach [6].

Zdaniem A. Ellisa zaburzenia depresyjne są wynikiem własnych nielogicznych, nieracjonalnych i nierealistycznych przekonań, które są nieobiektywne i cechują się nadmierną generalizacją. Mają one destrukcyjny wpływ na jednostkę, ponieważ wywołują lęk, niepewność, poczucie winy, bierność i katastroficzne nastawienie do przeszłych zdarzeń. Ellis twierdzi, że takim nieracjonalnym przekonaniem jest własne przeświadczenie, że szczęście i nieszczęście człowieka zależy od innych i otoczenia [8, 4]. Takie podejście, typowe również dla zewnętrznego LOC, wskazuje na związek umiejscowienia kontroli zdrowia z depresją.

Objawy depresji mogą przybierać postać od uczucia smutku i przygnębienia, trwającego relatywnie krótko, do głębokiej rozpaczki, której towarzyszy poczucie winy, beznadziejności i myśli o śmierci. Osoba z depresją często doświadcza silnego lęku i złości ukierunkowanej do wewnątrz, co skutkuje obniżeniem poczucia własnej wartości. Ponadto depresja może wywoływać behawioralne i fizyczne objawy, takie jak poczucie zmęczenia, bezsenność, impotencja, płaczliwość, chroniczne cierpienie oraz nadmierne przybieranie lub trącenie na wadze [9, 10].

Doświadczenie depresyjnego nastroju i smutku jest nieodłącznym elementem ludzkiego życia. Istnieją jednak takie osoby, dla których smutek jest podstawową i najłatwiej wyzwalaną emocją. Mówimy wtedy o osobowości depresyjnej [11, 12]. Według A. Becka przyczyną zaburzeń depresyjnych jest połączenie czynników genetycznych, środowiskowych i psychologicznych, a myślenie ludzi z depresją jest odchyłone w kierunku negatywnych interpretacji. Osoby depresyjne mają tendencję do krytycznego myślenia o sobie i zawsze znajdują potwierdzenie negatywnych wniosków na swój temat. Typowe jest negatywne ocenianie siebie, świata i przyszłości, co określa się jako triada depresyjna Becka [5, 13]. Triadzie najczęściej towarzyszą też zniekształcenia poznawcze takie jak:

1. personalizacja – bezpodstawne odnoszenie wydarzeń do siebie;
2. nadmierna generalizacja – wyciąganie ogólnych wniosków na podstawie pojedynczych zdarzeń;
3. arbitralne wnioskowanie – dochodzenie do konkluzji, które nie mają wystarczającego uzasadnienia w rzeczywistości;
4. myślenie „czarno-białe” – przeżywanie skrajnych, przeciwstawnych uczuć;
5. minimalizowanie i wyolbrzymianie – niedoceniaenie pozytywnych i przecenianie negatywnych;
6. selektywne abstrahowanie – koncentracja na szczegółach mało istotnych i spoza kontekstu [5].

## CEL PRACY

Celem przeprowadzonych badań było określenie, jak wśród studentów uczelni medycznej umiejscowiona jest kontrola zdrowia oraz jaki jest jej związek z poziomem depresyjności. Postawiono następujące pytania badawcze:

1. Czy umiejscowienie kontroli zdrowia studentów uczelni medycznej różni się istotnie od jej umiejscowienia u innych osób w wieku 18–25 lat?

2. Czy istnieje związek między nastrojem depresyjnym a poczuciem kontroli nad własnym zdrowiem?
3. Czy płeć jest czynnikiem różnicującym poziom depresyjności?
4. Czy w zakresie umiejscowienia kontroli zdrowia występują istotne różnice między kobietami i mężczyznami?

## MATERIAŁ I METODA

W anonimowym badaniu udział wzięło 230 studentów uczelni medycznej w wieku od 20 do 25 lat, w tym 137 kobiet i 93 mężczyzn, i odbyło się na terenie Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Średnia wieku respondentów wyniosła 21,8 lat (SD=1,64). Grupę badanych stanowili studenci: medycyny – 169 osób (73,4%), ratownictwa medycznego – 35 osób (15,1%) i kosmetologii – 26 osób (11,3%).

Aby określić, jak u badanych zlokalizowana jest kontrola zdrowia wykorzystano polską wersję **Wielowymiarowej Skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia** (MHLC – *The Multidimensional Health Locus of Control Scale*) autorstwa K.A. Wallston, B.S. Wallston, R. DeVellis, w adaptacji Z. Juczyńskiego. Skala jest narzędziem samoopisu i składa się z 18 stwierdzeń (ocenianych w skali 6-stopniowej), zawierających przekonania dotyczące zgeneralizowanych oczekiwań w trzech wymiarach umiejscowienia kontroli zdrowia, tj.:

- **wewnętrznym (W)** – kontrola nad własnym zdrowiem zależy ode mnie (wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia);
- **wpływu innych (I)** – własne zdrowie jest wynikiem działalności innych – służby zdrowia i personelu medycznego (zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia);
- **przypadku (P)** – o stanie zdrowia decyduje przypadek lub inne czynniki zewnętrzne (zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia).

Im wyższy wynik, tym silniejsze przekonanie, że dany czynnik wpływa na stan zdrowia [7].

Do oceny intensywności uczuć związanych z depresją jako stanem emocjonalnym oraz indywidualnych różnic w zakresie depresji jako cechy osobowości użyto polskiej wersji **Inwentarza Depresji S-TIDEP** (*Self Analysis Questionnaire S-T/DEP*) autorstwa C.D. Spielbergera, w adaptacji A. Popiel i E. Pragłowskiej. Kwestionariusz jest narzędziem samoopisu i obejmuje dwie skale depresji – stanu i cechy, zawierające po 10 pozycji. Każda ze skal złożona jest z dwóch podskal, które mierzą emocje pozytywne (skala eutymii) oraz emocje negatywne (skala dystymii) [9, 11, 12].

W badaniu nie wykorzystano grupy kontrolnej. Aby zinterpretować wyniki, porównano je z wynikami grupy normalizacyjnej. Do analizy uzyskanych danych wykorzystano statystyki opisowe: średnia arytmetyczna (M), odchylenie standardowe (SD). Istotność różnic między średnimi w poszczególnych grupach obliczono za pomocą testu t-studenta (t) oraz analizy wariancji – ANOVA (F). Siłę związków między badanymi zmiennymi określono za pomocą współczynnika korelacji r-Spearmana (rs). Za istotne statystycznie przyjęto wartości testu spełniające warunek, że  $p < 0,05$  [14]. Analizy wykonano przy pomocy pakietu statystycznego SPSS.

## WYNIKI

Wyniki uzyskane w Skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC) przez badaną grupę porównano z wynikami grupy normalizacyjnej (Tab. 1). Widać, że w kontroli wewnętrznej badani uzyskali wynik niższy od grupy normalizacyjnej. Natomiast wyniki w zakresie zewnętrznej kontroli zdrowia zlokalizowanej w innych osobach (lekarze, pielęgniarki itp.) oraz w przypadku (losie) w badanej grupie były wyższe od wartości uzyskanych przez grupę normalizacyjną.

**Tabela 1.** Porównanie średnich wyników w Skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC) uzyskanych przez badaną grupę z grupą normalizacyjną

Poczucie kontroli zdrowia	GRUPA NORMALIZACYJNA		CAŁA GRUPA	
	M	SD	M	SD
<b>Kontrola wewnętrzna (W)</b> (wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia)	28,61	3,73	26,84	4,00
<b>Wpływ innych (I)</b> (zewewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia)	18,76	4,19	20,07	5,65
<b>Przypadek (P)</b> (zewewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia)	15,65	5,12	19,15	5,08

Analiza statystyczna ujawniła istotne zróżnicowanie wyników w zależności od płci w zakresie wewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia ( $t(208) = 2,60$ ;  $p < 0,010$ ); mężczyźni w większym stopniu niż kobiety są przekonani, że mogą kontrolować własne zdrowie. Płeć ma również wpływ na wyniki uzyskiwane w zakresie zewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia zlokalizowanego w innych ludziach ( $t(158) = 2,13$ ;  $p < 0,034$ ); kobiety wykazują silniejsze przekonanie o wpływie innych osób oraz instytucji na stan ich zdrowia. Szczegółowe wyniki prezentuje Tabela 2.

**Tabela 2.** Poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia (MHLC) w badanej grupie

Poczucie kontroli zdrowia	CAŁA GRUPA		KOBIEТЫ		MĘŻCZYŹNI		t	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
<b>Kontrola wewnętrzna (W)</b> (wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia)	26,84	4,007	26,29	4,34	27,65	3,299	<b>-2,601</b>	<b>0,010</b>
<b>Wpływ innych (I)</b> (zewewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia)	20,07	5,658	20,77	5,144	19,03	6,233	<b>2,133</b>	<b>0,034</b>
<b>Przypadek (P)</b> (zewewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia)	19,15	5,080	18,75	5,139	19,74	4,961	-1,407	0,161

Wartości pogrubione – test t – studenta jest istotny statystycznie

Średnie wyniki uzyskane przez badanych w kwestionariuszu S-TIDEP porównano z wynikami grupy normalizacyjnej (Tab. 3). Analiza danych pokazała, że zarówno kobiety, jak i mężczyźni w skali stanu depresji (S-Dep) oraz podskal – stanu eutymii (S-Eut) i stanu dystymii (S-Dys) – uzyskali wyniki wysokie. Takie wyniki sugerują, że badani doświadczają relatywnie intensywnych uczuć depresyjnych i zwią-

zanych z tym procesów poznawczych w okresie, w którym przeprowadzono badanie. Pozytywne procesy poznawcze i uczucia świadczące o braku depresji pojawiają się u nich z niewielką intensywnością. W zakresie skali cechy depresji (T-Dep) oraz jej podskal: eutymii (T-Eut) i dystymii (T-Dys), obie płcie uzyskały wyniki niskie, co wskazuje, że uczucia depresyjne – smutek i przygnębienie, poczucie braku nadziei – oraz związane z nimi procesy poznawcze nie pojawiają się z dużą częstotliwością, a więc nie występują u badanych stale. Natomiast znacznie częściej pojawiają się u nich pozytywne uczucia i procesy poznawcze, które świadczą o dobrym samopoczuciu.

Porównanie wyników z poszczególnych skal S-TIDEP, uzyskanych przez kobiety i mężczyzn, pokazuje, że u obu płci wyniki stanu depresji (S-Dep) są wyższe od wyników cechy depresji (T-Dep). Sugeruje to, że w okresie, w którym przeprowadzono badanie, uczestnicy czuli się mniej szczęśliwi niż zazwyczaj i byli mniej zadowoleni ze swojego życia, borykali się z intensywnymi uczuciami depresyjnymi, natomiast uczuć pozytywnych doświadczali niewiele.

Analiza wyników ujawniła brak istotnych statystycznie różnic między kobietami i mężczyznami w skalach stanu i cechy depresji oraz w podskalach eutymii i dystymii.

**Tabela 3.** Porównanie poziomu Stanu i Cechy Depresji (S-TIDEP) w badanej grupie studentów uczelni medycznej z grupą normalizacyjną w wieku 18–25 lat

Inwentarz Stanu i Cechy Depresji	GRUPA NORMALIZACYJNA (młodzież w wieku 18-25 lat)				GRUPA BADANYCH (studenci uczelni medycznej)				t	p
	kobiety		mężczyźni		kobiety		mężczyźni			
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
<b>DEPRESJA – STAN (S – Dep)</b>	14,79	5,05	14,73	5,89	16,81	4,60	17,43	5,09	-0,96	0,33
dystymia – stan (S – Dys)	6,04	2,06	6,31	2,80	6,99	2,49	7,28	2,79	-0,83	0,40
eutymia – stan (S – Eut)	8,76	3,68	8,06	3,67	9,82	2,67	10,15	2,91	-0,87	0,38
<b>DEPRESJA – CECHA (T – Dep)</b>	18,52	5,88	17,58	6,57	16,48	3,62	16,71	5,24	-0,36	0,71
dystymia – cecha (T – Dys)	8,32	2,74	8,09	3,65	7,64	2,05	7,83	2,84	-0,56	0,57
eutymia – cecha (T – Eut)	10,19	3,70	9,49	3,50	8,85	2,04	8,88	2,83	-0,10	0,91

W celu określenia zależności występującej między umiejscowieniem kontroli zdrowia (MHLC) a depresyjnością (S-TIDEP) wyliczony został współczynnik korelacji tych zmiennych. Wyniki prezentuje Tabela 4, przy czym pod uwagę brane były tylko wartości o istotności statystycznej na poziomie  $p \leq 0,05$ . Analiza wyników wskazuje na zależność między kontrolą wewnętrzną a poszczególnymi skalami S-TIDEP. Najsilniejsza istotna negatywnie korelacja występuje między kontrolą wewnętrzną a eutymią stanem



( $r_s = -0,321$ ;  $p=0,000$ ) oraz między kontrolą wewnętrzną a dystymią cechą ( $r_s = -0,230$ ;  $p=0,001$ ). Istotne statystycznie są także negatywne korelacje występujące między kontrolą wewnętrzną a dystymią stanem ( $r_s = -0,150$ ;  $p=0,028$ ), kontrolą wewnętrzną a depresją cechą ( $r_s = -0,162$ ;  $p=0,018$ ) oraz kontrolą wewnętrzną a eutyimią cechą ( $r_s = -0,192$ ;  $p=0,005$ ). Może to oznaczać, że w badanej grupie spadek ilości pozytywnych uczuć i doznań oraz wzrost częstotliwości i intensywności, z jaką doświadczane są depresyjne uczucia i procesy poznawcze, będzie związany ze zmniejszeniem poczucia sprawowania kontroli nad własnym zdrowiem i odpowiedzialności za nie. Wskazywać na to może również słaba negatywna korelacja na granicy tendencji między depresją stanem a kontrolą wewnętrzną ( $r_s = -0,129$ ;  $p=0,059$ ).

Słaba dodatnia korelacja na granicy tendencji, występuje również między dystymią stanem a przypadkiem ( $r_s = 0,133$ ;  $p=0,052$ ) oraz między dystymią cechą a przypadkiem ( $r_s = 0,131$ ;  $p=0,056$ ). Może to oznaczać, że wśród badanych wraz ze wzrostem intensywności i częstotliwości, z jaką doświadczane są uczucia depresyjne, wzrasta również poczucie, że nie mają one wpływu na stan własnego zdrowia, a decyduje o nim jedynie przypadek.

**Tabela 4.** Współczynnik korelacji r-Spearmana między wynikami używanymi w zakresie pomiaru poczucia kontroli zdrowia (MHLC) i depresyjności (S-TIDEP)

MHLC (poczucie kontroli zdrowia)	Kontrola we- wnętrzna (W)		Wpływ innych (I)		Przypadek (P)	
	$r_s$	$p$	$r_s$	$p$	$r_s$	$p$
<b>S – TIDEP</b> (stan i cecha depresji)						
<b>DEPRESJA – STAN</b> (S – Dep)	<u>-0,129</u>	<u>0,059</u>	-0,093	0,175	0,093	0,174
dystymia – stan (S – Dys)	<b>-0,150</b>	<b>0,028</b>	-0,051	0,457	<u>0,133</u>	<u>0,052</u>
eutyimia – stan (S – Eut)	<b>-0,321</b>	<b>0,000</b>	-0,042	0,544	0,068	0,321
<b>DEPRESJA – CECHA</b> (T – Dep)	<b>-0,162</b>	<b>0,018</b>	-0,014	0,840	0,083	0,225
dystymia – cecha (T – Dys)	<b>-0,230</b>	<b>0,001</b>	0,075	0,274	<u>0,131</u>	<u>0,056</u>
eutyimia – cecha (T – Eut)	<b>-0,192</b>	<b>0,005</b>	0,053	0,439	0,051	0,461

**Wartości pogrubione** – korelacja jest istotna statystycznie

**Wartości podkreślone** – korelacje na granicy tendencji

## DYSKUSJA

Relacje pomiędzy depresją a umiejscowieniem kontroli zdrowia były omawiane w wielu badaniach. Rotter postawił hipotezę, że umiejscowienie kontroli zmienia się wraz z poziomem depresyjności [2]. Hipotezę tą wsparły badania Abramowitza, które potwierdziły istnienie związku między depresją a zewnętrznym LOC. Dodatkowo pokazały, że osoby z niską depresyjnością są relatywnie wysoko wewnątrzsterowne [15]. Również Molinari i Khanna zaobserwowali, że depresja istotnie negatywnie koreluje z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia [16]. Z kolei Vandervoort, Luis i Hamilton w swoich badaniach wykazały, że zewnętrzne LOC jest znacząco powiązane nie tylko z depresją, ale również z lękiem i niechęcią. Jednocześnie wewnętrzne LOC nie

miało istotnego związku z żadną z tych zmiennych. Badaczki twierdzą też, że zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia wiąże się z długotrwałym lub chronicznym negatywnym afektem [17], który przyczynia się do powstania depresji. Negatywny afekt, to odczuwanie subiektywnej udręki oraz doświadczanie negatywnych uczuć takich jak: smutek, zniechęcenie czy zamartwianie się [18].

Przeprowadzone przeze mnie badania potwierdziły istnienie relacji między wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia a stanem i cechą depresji. Można zatem przypuszczać, że wraz ze wzrostem kontroli wewnętrznej zmniejszy się ilość oraz częstotliwość depresyjnych uczuć, myśli i procesów poznawczych. Typowe dla kontroli zewnętrznej poczucie beznadziei, braku kontroli nad własnym życiem oraz bierność to objawy typowe także dla depresji. Osoby zewnątrzsterowne częściej spodziewają się, że nic im się nie uda, że będą bezsilne, a osiągnane efekty będą bezwartościowe i poza ich kontrolą. Może być to przyczyną powstawania poczucia beznadziei, które prowadzić będzie do depresji [6, 19]. Do podobnych wniosków doszli Naditch, Gargan i Michael. Ich badania wykazały, że wewnętrzne LOC jest pozytywnie skorelowane z zadowoleniem z życia, natomiast zewnętrzne LOC pozostaje w związku ze stanami depresyjnymi i brakiem zadowolenia z życia [6]. Również badania Heath i in. wykazały, że wyższa kontrola wewnętrzna wiąże się z mniejszym poziomem depresyjności [20]. Podobnie Kannappan, który stwierdził, że osoby depresyjne są mniej wewnątrzsterowne niż osoby z niskim poziomem depresyjności [21].

Relacja, jaka zachodzi między depresyjnością a zewnętrzną kontrolą zdrowia zlokalizowaną w przypadku, sugeruje, że wraz ze wzrostem zadowolenia z życia zwiększa się poczucie sprawowania kontroli nad własnym zdrowiem i losem. Natomiast wraz ze wzrostem intensywności i częstotliwości uczyć depresyjnych rośnie poczucie, że nie ma się wpływu na własne życie, a o stanie zdrowia decyduje jedynie przypadek. Potwierdzają to badania Molinari i Khanna, którzy zaobserwowali, że wysokie wyniki w skali zewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia zlokalizowanego w przypadku współwystępują z depresją i odczuwaniem braku nadziei [16].

Wyniki kwestionariusza MHLC wskazują na skłonność badanych, w porównaniu z grupą normalizacyjną, do zewnętrznego lokowania kontroli zdrowia, co świadczy o przekonaniu, że ich stan zdrowia zależy od czynników zewnętrznych. Osoby takie mogą gorzej radzić sobie z sytuacjami trudnymi i ujawniać przekonanie, że nie mają wpływu na przebieg zdarzeń [22, 23]. Mogą być także bardziej nastawione na społeczne wymagania sytuacji, wychodząc z założenia, że spełnianie oczekiwań innych jest bardziej efektywnym sposobem uzyskania pożądanego wyniku [1]. Należy też pamiętać, że poczucie umiejscowienia kontroli w pewnym zakresie może zmieniać się wraz z upływem czasu. Bachman, O'Malley i Johnston oraz Cairns i in., prowadząc badania długoterminowe, zaobserwowali, że wraz z wiekiem poczucie kontroli staje się bardziej wewnętrzne [24, 25]. Taki sam rezultat przyniosły badania Chubb, Ertman i Ross [25]. Można więc przypuszczać, że przyczyną takich wyników jest młody wiek badanych, którzy w znacznym stopniu pozostają zależni od innych (rodzicie, nauczyciele), co może przyczyniać się do poczucia, że nie sprawują pełnej kontroli nad własnym życiem i tym, co ich spotyka.

Umiejscowienie kontroli może również ulegać przesunięciu pod wpływem określonych sytuacji. Przesunięcie w stronę zewnętrznego LOC pojawia się, gdy wystąpią trudności

życiowe lub wtedy, gdy o losie decyduje przypadek. Z kolei przesunięcie w stronę wewnętrznego LOC jest wynikiem przekonania o skuteczności własnych działań. Dlatego zmiana lub stałość umiejscowienia kontroli zależy od wydarzeń w życiu człowieka [6]. Okres studiów może wiązać się ze wzmożonym stresem, to czas zmagania się z nowymi wyzwaniami, którym młodzi ludzie nie zawsze są w stanie sprostać. Może się to wiązać z poczuciem bezsilności, bezradności i prowadzić do przekonania, że o wszystkim decyduje przypadek lub osoby sprawujące władzę, i tym samym przyczyniać się do kształtowania zewnętrznego poczucia kontroli. Jak pokazują badania Roddenberry i Renk przeprowadzone wśród studentów, zewnętrzne LOC współwystępuje z wysokim poziomem stresu. Badanym często towarzyszyło poczucie, że wydarzenie takie jak ważny egzamin pozostaje całkiem poza ich kontrolą. Sprawiało to, że nie potrafili efektywnie uporać się ze stresem, a czas przed egzaminem oceniali jako trudny do zniesienia. Dla porównania, niski poziom odczuwanego stresu wiązał się z wyższymi wynikami w zakresie kontroli wewnętrznej [26]. Innym powodem, dla którego badani uzyskali wysokie wyniki w zakresie kontroli zewnętrznej, może być kwestia lepszego funkcjonowania społecznego. Badaniem relacji między umiejscowieniem poczucia kontroli a przystosowaniem społecznym i emocjonalnym wśród studentów zajmowali się Estrada, Dupoux i Wolman. Wyniki ich badań wykazały, że zewnątrzsterowność faktycznie wiąże się z lepszym przystosowaniem społecznym i emocjonalnym. Relacja ta sugeruje, że zewnętrzne LOC może być narzędziem ułatwiającym przetrwanie w środowisku studenckim [27]. Takie wnioski wsparły również badania Rice i Whaley, którzy twierdzą, że młody człowiek rozpoczynający studia musi nie tylko przystosować się do wymagań dorosłego, samodzielnego życia, ale również poradzić sobie ze środowiskiem, znacznie różniącym się od tego, które znał ze szkoły średniej [27]. Można przypuszczać zatem, że w okresie życia, w jakim znajdują się badani, zewnętrzne umiejscowienie kontroli ułatwia funkcjonowanie oraz personalno-emocjonalne i społeczne przystosowanie do życia w społeczności studenckiej.

Zewnątrzsterowność może być pomocna w radzeniu sobie z przykrymi sytuacjami i odpowiedzialnością za nie, a tym samym ułatwiać funkcjonowanie pracowników służby zdrowia. Rotter mianowicie twierdzi, że ludzie o zewnętrznym LOC odczuwają mniejszą potrzebę wypierania informacji nieprzyjemnych, ponieważ nie czują się za nie odpowiedzialni [2]. Zewnętrzne umiejscowienie kontroli może tutaj pełnić funkcje obronne, pozwalając uniknąć odpowiedzialności i konieczności aktywnego przewyciężania zagrożenia [1]. Może być to szczególnie istotne w sytuacji, kiedy podjęte leczenie nie przyniesie oczekiwanych rezultatów, gdy konieczne jest podjęcie decyzji niosącej poważne konsekwencje dla pacjenta, a także w sytuacjach, gdy postawiona diagnoza okaże się błędna. Są to trudne momenty, z którymi wiąże się duże poczucie odpowiedzialności. Właśnie w takich sytuacjach zewnętrzne LOC może pomóc w uporaniu się z negatywnymi emocjami i destrukcyjnym działaniem poczucia winy. Trudne sytuacje i nieprzyjemne wydarzenia są nieuniknione w zawodach medycznych. Osoba o wewnętrznym LOC może nie sprostać ciężkiej na niej odpowiedzialności i unikać samodzielnego podejmowania decyzji, co może uniemożliwić jej skuteczne wykonywanie obowiązków, prowadzić do niepowodzeń zawodowych i problemów w miejscu pracy.

Warto też zauważyć, że badani, tj. osoby wiążące swoją przyszłość z medycyną, mogą postrzegać personel medyczny

jako źródło sprawdzonej i rzetelnej wiedzy na temat leczenia i zachowania zdrowia w dobrym stanie. Mają też większą świadomość, jak istotne w procesie leczenia jest przestrzeganie zaleceń lekarskich. Może być to przyczyna większej tendencji badanych, aby również własne zdrowie powierzać specjalistom, co skutkuje wyższymi wynikami w zakresie zewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia zlokalizowanego w innych ludziach. Potwierdzenie tej hipotezy wymaga jednak szerszych badań w tym zakresie.

Cairns i in. wykazali, że kobiety są bardziej zewnątrzsterowne od mężczyzn [24]. Również w badaniach Juczyńskiego mężczyźni uzyskali wyższe wyniki w zakresie kontroli wewnętrznej, natomiast w skalach kontroli zewnętrznej (przypadek oraz wpływ innych) wyższe wyniki miały kobiety [7]. Przeprowadzone przeze mnie badania również potwierdziły tę hipotezę – mężczyźni istotnie częściej deklarowali kontrolę wewnętrzną, kobiety natomiast uzyskały wyższe wyniki w zakresie zewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia. Za wynik taki może odpowiadać ogólna tendencja kobiet do postrzegania swoich dokonań jako efektu czynników i okoliczności zewnętrznych, a nie własnych zdolności. Analiza przeprowadzona przez Whitleya i jego współpracowników pokazała, że w przypadku sukcesu – mężczyźni częściej niż kobiety przypisywali powodzenie swoim zdolnościom, podczas gdy kobiety częściej szukały źródła powodzenia w szczęściu lub udziale innych osób [19]. W kontekście zdrowia może to oznaczać, że powrót do zdrowia i utrzymanie go w dobrym stanie mężczyźni będą przypisywać przede wszystkim sobie, swoim wewnętrznym zasobom, podejmowanym działaniom, posiadanej wiedzy i prowadzonemu stylowi życia. Kobiety natomiast w większym stopniu mogą być przekonane, że swoje zdrowie zawdzięczają personelowi medycznemu, regularnemu przyjmowaniu leków (w tym także suplementów) i systematycznym badaniem [7].

Przedstawione badania nie wyczerpują w pełni podjętego tematu. Warto byłoby przeprowadzić podobne badania również na innych uczelniach, nie tylko medycznych, aby sprawdzić, czy potwierdzą się prezentowane wnioski. Różne kierunki studiów i typy uczelni mogą wiązać się z różnym poziomem stresu oraz liczbą trudnych sytuacji, które mogą wywoływać uczucia depresyjne oraz wpływać na umiejscowienie kontroli zdrowia.

Uzyskane wyniki sugerują, że warto tworzyć programy profilaktyczne i podejmować stosowne działania, zmierzające do poprawy własnej skuteczności oraz kształtowania umiejętności radzenia sobie ze stresem i trudnymi sytuacjami, wśród osób, których przyszłość zawodowa wiąże się z medycyną. Zasadne wydaje się prowadzenie treningów interpersonalnych i szkoleń podejmujących powyższą tematykę w ramach zajęć na studiach.

## WNIOSKI

1. Kontrola zdrowia studentów uniwersytetu medycznego zlokalizowana jest w innych osobach i przypadku, co oznacza, że w porównaniu z osobami w wieku 18–25 lat są oni bardziej zewnątrzsterowni w kwestiach dotyczących stanu zdrowia.
2. Płeć okazała się czynnikiem istotnie różnicującym wyniki uzyskiwane w zakresie umiejscowienia kontroli zdrowia, nie miała natomiast wpływu na poziom depresyjności.

3. Na umiejscowienie poczucia kontroli wpływa szereg czynników takich jak: wiek, wybrany kierunek studiów, poczucie odpowiedzialności czy zebrane w ciągu życia doświadczenia.
4. Depresyjność i wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia są czynnikami, między którymi występuje istotna relacja.

*Praca finansowana przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi z zadania badawczego numer 502-03/6-074-03/502-64-040*

## PIŚMIENNICTWO

1. Drwal RŁ. Poczucie kontroli jako wymiar osobowości – podstawy teoretyczne, techniki badawcze i wyniki badań. W: Drwal RŁ. Adaptacja kwestionariuszy osobowości. Wybrane zagadnienia i techniki. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1995: 199 – 227.
2. Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs: General and Applied. 1966; 80(1): 1–28.
3. Rotter JB. Poczucie wewnętrznej *versus* zewnętrznej kontroli wzmocnień. Nowiny Psychol. 1990; 5–6: 59–70.
4. Sęk H. (red.). Psychologia kliniczna. Tom 1. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2008: 101–118.
5. Sęk H. (red.). Psychologia kliniczna. Tom 2. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2008: 114–118.
6. Kościelak R. Poczucie umiejscowienia kontroli i przekonania o własnej skuteczności w zdrowiu i chorobie. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”; 2010: 37–57.
7. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2001: 72–84.
8. Ellis A. Feeling Better, getting better, staying better: profound self-help therapy for your emotions. California: Impact Publishers; 2005: 3–22.
9. Spielberger CD, Reheiser EC. Assessment of emotions: anxiety, anger, depression and curiosity. Applied Psychology: Health and Well-being. 2009; 1(3): 271–302.
10. Spielberger C.D, Ritterband L.M, Reheiser E.C, Brunner T.M. The nature and measurement of depression. Int J Clin Health Psychol. 2003; 3(2): 209–234.
11. Popiel A, Pragłowska E. Depresja jako stan i cecha – polska adaptacja inwentarza depresji (ISCD – STIDep) C.D. Spielbergera – doniesienie wstępnie. Wiad Psychiatr. 2005; 3.
12. Spielberger CD, Ritterband LM, Sydeman SJ, Reheiser EC, Unger KK. Assessment of emotional states and personality traits: measuring psychological vital signs. W: Butcher JN. Clinical personality assessment: Practical Approaches. New York: Oxford University Press; 1995: 42–58.
13. Stirling JD, Hellewell JS. Psychopatologia. Gdańsk: GWP; 2005: 64–90.
14. King BM, Minium EW. Statystyka dla psychologów i pedagogów. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2009.
15. Abramowitz SI. Locus of control and self-reported depression among college students. Psychol Rep. 1969; 25: 149–150.
16. Molinari V, Khanna P. Locus of control and its relationship to anxiety and depression. J Pers Assess. 1981; 45: 314–319.
17. Vandervoort DJ, Luis PK, Hamilton SE. Some correlates of health locus of control among multicultural individuals. Curr Psychol. 1997; 16(2): 167–178.
18. Crawford JR, Henry JD. Skala Pozytywnego i Negatywnego Afektu (PANAS): Wiarygodność metody, właściwości badań oraz dane normatywne w obszernym, nieklinicznym przykładzie. Departament Psychologii, King's College, Uniwersytet Aberdeen, Wielka Brytania; 1990.
19. Wojciszke B. (red.). Kobiety i mężczyźni: odmienne spojrzenia na różnice. Gdańsk: GWP; 2002: 303–343.
20. Heath RL, Saliba M, Mahmassani O, Major SC, Houry BA. Locus of control moderates the relationship between headache pain and depression. J Headache Pain. 2008; 9(5): 301–308.
21. Kannappan R. Health locus of control and type D personality. The distressed personality of depressed and non depressed males. J Psychosoc Res. 2011; 6(1): 131–137.
22. Juczyński Z. Przekonania i oczekiwania wyznacznikami zachowań związanych ze zdrowiem. W: Juczyński Z, Ogińska-Bulik N, (red.). Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki. Łódź: WUŁ; 2003: 49–61.
23. Opuchlik K, Wrześcińska M, Kocur J. Ocena poziomu stylów radzenia sobie ze stresem i poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia u osób z chorobą niedokrwienną serca i nadciśnieniem tętniczym. Psychiatr Pol. 2009; XLIII(2): 235–245.
24. Cairns E, McWhirter L, Duffy U, Barry R. The stability of selfconcept in late adolescence: Gender and situational effects. Pers Individual Differences. 1990; 11:937–944.
25. Chubb NH, Fertman CI, Ross JL. Adolescent self-esteem and locus of control: A longitudinal study of gender and age differences. Adolescence. 1997; 32(125): 113–129.
26. Roddenberry A, Renk K. Locus of control nad self – efficacy: Potential mediators of stress, illness and utilization of health services in college students. Child Psychiatry Hum Dev. 2010; 41: 353–370.
27. Estrada L, Dupoux E, Wolman C. The relationship between locus of control and personal-emotional adjustment and social adjustment to college life in students with and without learning disabilities. College Student J. 2006; 40(1): 43–54.

# Relation between health locus of control and depression among students of a medical college

## Abstract

**Background:** Many factors affect one's locus of control or frame of mind. Such aspects as field of study, occupation, number of stressful situations may be considered as influencing both characteristics. Is there a relation between locus of control and depressiveness and what is the influence of such factors as sex or chosen field of study on locus of control?

**Material and methods:** 230 students of the Medical University of Lodz, aged between 20–25 years, were surveyed – 137 females and 93 males. The MHLC test and S-TIDEP test were used to explore the issue.

**Results:** The surveyed students tend to have external locus of health control compared to the general population of a similar age. This means that in terms of health issues they rely on medical staff and other specialists. Males significantly more frequently declare internal locus of control whereas females tend to locate control in others. Research revealed a significant relationship between depressiveness and internal locus of health control. People with high internal control tend to have less feelings and cognitive processes related to depression. The more often the depressive feelings occur, the less control of own health are showed by the surveyed.

**Conclusions:** 1. The subjects are more prone to external health locus of control compared to other people aged 18–25. 2. Health locus of control may depend on factors such as age, field of study, or sense of responsibility. 3. Depressiveness and internal locus of health control are factors which affect each other.

## Key words

locus of control, depressions, depressive syndrome, health locus of control, internal – external control