

Rola wsparcia i przekonań dotyczących zdrowia w zmaganiu się z problemami wieku geriatrycznego

The role of support and health beliefs in dealing with problems of geriatric ages

Krystyna Kurowska, Renata Bystryk

Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa – Zakład Teorii Pielęgniarstwa, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń

Streszczenie

Wstęp. Zjawisko starzenia się społeczeństwa to proces nieuchronny i nieodwracalny. Powoduje on tendencję wzrostu i pojawienia się licznych problemów zdrowotnych i socjalno-społecznych wśród pacjentów geriatrycznych. Zmiany zachodzące w różnych sferach życia wiążą się z faktem zaakceptowania choroby i radzenia sobie z nią. **Cel.** Ocena znaczenia wsparcia oraz przekonań dotyczących umiejscowienia kontroli zdrowia w zmaganiu się z problemami wieku geriatrycznego. **Materiał i metody.** Przebadano 102 osoby po 60. roku życia, będące pod opieką przychodni NZOZ „Okole” w Bydgoszczy, w terminie od czerwca do grudnia 2011 roku, przy użyciu skali MHLC B w adaptacji Juczyńskiego oraz w skali wsparcia społecznego autorstwa Kmieciak- Baran. **Wyniki.** Badania wykazały wysoki poziom otrzymywanego wsparcia społecznego. Wraz z wiekiem wzrasta zapotrzebowanie na wsparcie informacyjne, a obniża się wartościujące. Różnią się od siebie przekonania dotyczącymi odpowiedzialności za swoje zdrowie. Największy wpływ na ich stan zdrowia mają inni. Wyższe wsparcie wartościujące otrzymują badani mający wysokie wyniki wewnętrznej kontroli umiejscowienia zdrowia. **Wnioski.** Dokonane analizy podkreślają znaczenie rodziny, przyjaciół, znajomych, personelu medycznego w okazywaniu osobom starszym wsparcia. Otrzymywane wsparcie ma pomóc w radzeniu sobie w trudnych chwilach spowodowanych chorobą. Ważne jest to, aby seniorzy rozumieli, że i oni sami muszą podejmować wiele działań w kierunku dbania o swoje zdrowie. *Geriatrics 2013; 7: 5-11.*

Słowa kluczowe: kluczowe: wsparcie społeczne, umiejscowienie kontroli zdrowia, problemy geriatryczne

Abstract

Introduction. The process of aging is inevitable and irreversible. As effect of that there occurs the tendency of growth and appearance of numerous social and health problems among the geriatric patients. The changes that place in different spheres of life are strongly involved with the fact of accepting the disease and facing it. **Aim.** The objective of this work was to evaluate the importance of the social support which is provided to the patients and conviction related to emplacement of health control in treating geriatric problems. **Material and methods.** The research was performed among 102 (one hundred and two) people after the age of 60. (sixty), who stayed under the care of NZOZ (National Institution of Medical Care) "Okole" in Bydgoszcz, were examined with scale of MHLCB in equation of Jurczyński and social supportness by Kmieciak -Baran from July to December 2011. **Results.** Examination showed that the level of social support which was received by geriatric patients was high. The level of informative support is rising proportionally to the age of patients but the level of estimating support was falling. Elderly people have different convictions concerning the responsibility for their own health. They believe that other people have the main influence on their health. There is a relationship between location of health control and received social support. Patients who have higher results of inner health control receive higher estimating support. **Conclusions.** Analysis which was taken emphasise the meaning of family, friends, acquaintances, nurses and doctors in giving different kinds of support to elderly people. The support helps in coping with hard situations caused by the disease. Elderly people should also understand that they have to make an effort and take care about their own health. *Geriatrics 2013; 7: 5-11.*

Keywords: social support, health control, geriatric problems

Wstęp

Populacja osób w starszym wieku systematycznie wzrasta. Wraz z wiekiem zaczynają pojawiać się najróżniejsze schorzenia. u pacjentów po 60 roku życia można zaobserwować występowanie wielkich problemów geriatrycznych, są to: upadki, nietrzymanie moczu i stolca, upośledzenie wzroku i słuchu, otępienie starcze, a także depresje [1]. W podtrzymywaniu i potęgowaniu zasobów zdrowotnych ludzi starszych dużą rolę odgrywa wsparcie społeczne. Relacje z innymi ludźmi, posiadanie bliskich więzi emocjonalnych zmniejsza poczucie zagrożenia w różnych obszarach. Ma to istotne znaczenie w procesie adaptowania się do zmian charakterystycznych dla okresu starości. Życzliwa obecność osób, które postrzegane są jako źródło dostępnej pomocy, wpływa pozytywnie na stan fizyczny i samopoczucie psychiczne ludzi w starszym wieku. Jest jednym z czynników, które sprzyjają pomyślnemu starzeniu się [2]. Równie ważne, obok wsparcia społecznego, jest umiejscowienie kontroli zdrowia. Wiąże się ono ściśle z przekonaniem pacjenta o ich aktywnej roli w odniesieniu do dobrego samopoczucia. Bardzo istotne są samodzielne działania podejmowane przez jednostkę na rzecz poprawy własnego zdrowia. Możemy tu zaliczyć m.in.: prowadzenie zdrowego trybu życia, przestrzeganie zaleceń lekarskich, a także umiejętność samoobserwacji [3]. To czy i w jakim stopniu człowiek będzie stosował się do zaleceń lekarskich zależy od jego własnego przekonania o umiejscowieniu kontroli zdrowia. Pacjenci prezentujący wewnętrzny wymiar kontroli zdrowia uważają, że odpowiedzialność za swoje zdrowie ponoszą tylko oni. Ludzie cechujący się zewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia odpowiedzialnością za stan swojego zdrowia obarczają czynniki zewnętrzne. Istnieje również grupa osób, która uważa, że to przypadek odgrywa kluczową rolę w ich stanie zdrowia [4]. Celem pracy było określenie znaczenia wsparcia oraz przekonań dotyczących odpowiedzialności za swoje zdrowie u osób starszych, jako wykładnika radzenia sobie z problemami wieku geriatrycznego.

Materiał i metoda badawcza

Zaprezentowane badania stanowią wycinek realizacji szerszego projektu analizy jakości życia osób w wieku podeszłym. Badania przeprowadzono w okresie od czerwca do grudnia 2011 roku w grupie 102 osób po 60 roku życia wśród pacjentów przychodni w NZOZ „Okole” w Bydgoszczy, za zgodą komisji bioetycznej

Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (KB/230/211). Kryterium doboru grupy było ukończenie 60 roku życia (zgodnie z definicją WHO osoby opisywanej jako starsza), zachowany kontakt werbalny (brak zaburzeń w zakresie komunikatywności). W przeprowadzonych badaniach wykorzystano wielowymiarową skalę umiejscowienia kontroli zdrowia – MHLC B w adaptacji Juczyńskiego [4], skalę wsparcia społecznego autorstwa Kmieciak-Baran [5] oraz ankietę konstrukcji własnej odnoszącą się do różnych aspektów z życia badanych. Wielowymiarowa skala umiejscowienia kontroli zdrowia – MHLC B, zawiera 18 stwierdzeń, w których zawarte są przekonania dotyczące zgeneralizowanych oczekiwań w trzech wymiarach umiejscowienia kontroli zdrowia. Są to: wymiar wewnętrzny, gdzie kontrola nad własnym zdrowiem zależy od samego siebie; wpływ innych, gdzie zdrowie jest wynikiem oddziaływania innych osób, zwłaszcza personelu medycznego; przypadek, gdzie o stanie zdrowia decyduje przypadek czy inne czynniki zewnętrzne. Zadaniem osoby badanej jest udzielenie jednej odpowiedzi, wybierając ją spośród podanych 6 możliwych (w skali od 1-6) [4]. Skala wsparcia społecznego Krystyny Kmieciak-Baran – zawiera twierdzenia odnoszące się do czterech rodzajów wsparcia (informacyjnego, instrumentalnego, wartościującego i emocjonalnego). Wsparcie informacyjne, czyli udzielanie rad, informacji, które mogą pomóc w rozwiązywaniu problemu; instrumentalne, czyli dostarczanie konkretnej pomocy, świadczenie usług; wartościujące, polega na dawaniu jednostce komunikatów typu „jesteś dla nas kimś znaczącym, ważnym”; emocjonalne, polegające na dawaniu lub otrzymywaniu komunikatów typu: „jesteś kochany”, „lubimy Cię”. Zadaniem osoby badanej jest określenie za pomocą pięciostopniowej skali, w jakim stopniu dane twierdzenie odnosi się do wyodrębnionych grup. Łącznie można było uzyskać od 24-120 punktów. Wynik 24 punkty świadczy o dużym wsparciu społecznym, wynik maksymalny oznacza całkowity brak wsparcia. Podobnie w podskalach, wynik mieści się od 6-30 punktów i interpretacja jest analogiczna [5]. Do opisu zmiennych wykorzystano statystyki opisowe (średnia arytmetyczna minimum, maksimum, odchylenie standardowe) oraz rozkłady zmiennych. Badanie związków przeprowadzono za pomocą współczynnika korelacji Spearmana a testem Manna-Whitneya dokonano oceny różnic pomiędzy dwoma grupami. Za istotne statystycznie przyjęto wartości testu spełniające

warunek, że $p < 0,05$. Analizy wykonano przy pomocy pakietu statystycznego STATISTICA 10.

Wyniki badań

Analiza danych pokazuje, że średnia wieku respondentów wynosiła ponad 74 lata. Dominowały kobiety (69,6%). Większość miała wykształcenie podstawowe (39,2%) i zawodowe (30,4%), pozostawała w związkach małżeńskich (53,9%) i owdowiali (39,2%), posiadała potomstwo (92,2%), mieszkała z rodziną (41,2%). Z emerytury utrzymywało się 82,4% badanych, z renty 13,7%. Ogólnie należy stwierdzić, że była to grupa o przeciętnej sytuacji materialnej (51,0%). Zdecydowana większość badanych zadeklarowała, że dba o swoje zdrowie (94,1%). Dbalność o własne zdrowie wyrażała się poprzez stosowanie się do przestrzegania zaleceń lekarza (29,0%), systematycznych kontroli lekarskich (24,5%) oraz co ciekawe, pogłębianie wiedzy na temat zachowań prozdrowotnych (17,6%). W najmniejszym stopniu wskazywano na aktywny wysiłek fizyczny (4,5%). Średnia czasu chorowania wśród badanych wyniosła niewiele ponad 15 lat. Najwięcej wskazało, że choruje od 1-5 lat (23,5%). Schorzenia, które utrudniają im codzienne funkcjonowanie to: upośledzenie wzroku (24,5%), upadki (15,0%), nietrzymanie moczu (7,8%) i stolca (1,3%) oraz depresja (0,8%). Korzystali z leczenia farmakologicznego (52,8%), dietetycznego (27,0%) i chirurgicznego (6,7%). Najczęściej wymienianym problemem w życiu codziennym okazała się trudność w poruszaniu się (38,9%), wykonywanie prac domowych (28,7%), komunikowanie się z innymi (3,7%). Oczekiwali pomocy lekarskiej (30,8%), pielęgniarskiej (19,0%) oraz w czynnościach dnia codziennego (18,3%). Najczęściej wymienianą osobą, od której by oczekiwali pomocy byli pracownicy medyczni (25,5%), dzieci (23,9%) współmałżonek (14,9%). Z pojawianiem się problemów zdrowotnych obawiali się całkowitej zależności od innych (29,7%), unieruchomienia w łóżku (29,3%), bezradności (24,0%) oraz umieszczenia w specjalnym ośrodku (5,7%).

Z analizy kwestionariusza MHLC typu B wynika, że ze wszystkich wymiarów umiejscowienia kontroli zdrowia najwyższe wartości punktowe otrzymano w wymiarze wpływu innych (I) (30,71 punktu), najniższe w wymiarze wewnętrznym (27,15 punktu). Przewagę niskich wyników (tabela 1) otrzymano w wymiarze przypadku (P), najmniejszą w kontroli wewnętrznej (W).

Tabela 1. Wyniki umiejscowienia kontroli zdrowia
Table 1. Health control location results

kontrola	Wewnętrzna		Wpływ innych		Przypadek	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%
niskie	55	53,9	59	57,8	61	59,8
wysokie	47	46,1	43	42,2	41	40,2

Analizując umiejscowienie kontroli zdrowia dokonano analizy porównawczej, ze względu na zmienne socjodemograficzne, do których wytypowano płeć, wiek, wykształcenie, czas chorowania. Zarówno w poszczególnych wymiarach, jak i w typie umiejscowienia kontroli zdrowia przewagę wyższych wyników otrzymano wśród kobiet (46,5%) a wyników wpływu przypadku (P) u mężczyzn (45,2%). W kontroli wewnętrznej wyniki uzyskane przez kobiety są nieznacznie wyższe niż przez mężczyzn. Wyniki uzyskane przez badanych w wieku 60-70 lat były zdecydowanie wyższe od pozostałych grup. W kwestii kontroli wewnętrznej badani z wykształceniem podstawowym uzyskali najwięcej wyników wysokich spośród analizowanych grup (67,5%) oraz w kwestii kontroli wpływu innych (55,0%). Wraz ze wzrostem czasu chorowania maleje ilość osób prezentujących wysokie wyniki tego wymiaru. Najwięcej osób z wynikami wysokimi odnotowano wśród badanych chorujących 1-5 lat (62,5%).

Dalszej analizie poddano kwestionariusz wsparcia społecznego. Najwyższe wsparcie społeczne otrzymali badani od dzieci (35,42). W dalszej kolejności od współmałżonków (37,59), od znajomych (42,33). Wysokie wsparcie otrzymywali również od personelu medycznego (47,84). Wsparcie informacyjne wysokie od personelu medycznego (7,75). W dalszej kolejności od dzieci (9,02), współmałżonków (9,39), znajomych (11,18), niższe od sąsiadów (11,95). Wyższe wsparcie instrumentalne otrzymali badani od dzieci (9,6) i od współmałżonka (10,47), wsparcie przeciętne od znajomych (12,24), od sąsiadów, od personelu medycznego (po 17,18). Wysokie wsparcie wartościujące otrzymali badani od współmałżonków (10,41) i dzieci (po 10,68). Wsparcie przeciętne uzyskali od znajomych (12,12), od sąsiadów (13,38), od personelu medycznego (16,62). Wyższe wsparcie emocjonalne otrzymali od dzieci (6,12), od personelu medycznego (6,28), od znajomych (6,79), od współmałżonków (7,33), niższe od sąsiadów (6,12).

Rozkład typów wsparcia (tabela 2) ujawnia, że średnia grupy to poziom wysoki. Najwięcej badani

otrzymywali wsparcia emocjonalnego, informacyjnego, instrumentalnego, wartościującego. Zarówno mężczyźni jak i kobiety otrzymują przeciętne wsparcie instrumentalne. Wyższe jednak mężczyźni (12,07), znajduje się ono na pograniczu wsparcia wysokiego. Wśród kobiet wyniki wysokie uzyskała niespełna połowa badanych (45,1%), wśród mężczyzn (71,0%). Wszystkie grupy wiekowe otrzymują wysokie wsparcie informacyjne. Wraz z wiekiem wsparcie to jest coraz wyższe. Najwyższe wsparcie informacyjne otrzymują badani w wieku powyżej 80 lat (8,21) przy średniej 10,64 badanych w wieku 60-70 lat, którzy otrzymują najniższe wsparcie informacyjne. Wszystkie grupy wiekowe otrzymują przeciętne wsparcie wartościujące. Wraz z wiekiem wsparcie to jest coraz niższe. Najwyższe wsparcie wartościujące otrzymują badani w wieku 60-70 lat (12,68) przy średniej 14,09 badanych w wieku powyżej 80 lat, którzy otrzymują najniższe wsparcie wartościujące. Odnotowano istotną korelację na poziomie niskim wewnętrznego wymiaru

umiejscowienia kontroli zdrowia i wsparcia wartościującego (tabela 3). Wyższe wsparcie wartościujące otrzymują badani mający wysokie wyniki w wewnętrznej kontroli umiejscowienia zdrowia (12,09), przy średniej 13,93 badanych, którzy uzyskali wyniki niskie. W obu przypadkach jest to wsparcie przeciętne. Odnotowano istotną korelację na poziomie niskim wymiaru wpływu innych kontroli zdrowia i wsparcia społecznego (tabela 4). Wyższe wsparcie społeczne otrzymują badani mający wysokie wyniki wpływu innych, umiejscowienia kontroli zdrowia (38,81) przy średniej 44,47 badanych, którzy uzyskali wyniki niskie. W obu przypadkach jest to wsparcie wysokie. Odnotowano istotną korelację na poziomie niskim wpływu przypadku umiejscowienia kontroli zdrowia i wsparcia wartościującego (tabela 5). Wyższe wsparcie wartościujące otrzymują badani mający wysokie wyniki wpływu przypadku umiejscowienia kontroli zdrowia (12,06) przy średniej 13,77 badanych, którzy uzyskali wyniki niskie. W obu przypadkach jest to wsparcie przeciętne.

Tabela 2. Klasyfikacja typów umiejscowienia kontroli zdrowia

Table 2. Health control location types classification

pozycja	współmałżonek	dzieci	sąsiedzi	znajomi	lekarze	pielęgniarki
N	49	85	40	33	67	61
\bar{X}	37,59	35,42	46,08	42,33	49,70	47,84
SD	15,3866	6,6393	12,9702	10,1540	4,5361	3,4019
Ufność -95,0%	33,17	33,99	41,93	38,73	48,60	46,96
Ufność +95,0%	42,01	36,86	50,22	45,93	50,81	48,71
Mediana	35,0	35,0	44,5	42,0	48,0	48,0
minimum	24,0	24,0	27,0	27,0	32,0	42,0
maksimum	103,0	63,0	78,0	67,0	60,0	57,0

Tabela 3. Wyniki normalizacyjne ze względu na płeć

Table 3. Standardization results according to sex

wsparcie	N	R	t(N-2)	poziom p
społeczne	102	0,0860	0,8633	0,3901
informacyjne	102	0,0806	0,8085	0,4207
instrumentalne	102	0,1133	1,1406	0,2567
wartościujące	102	0,2322	2,3872	0,0189
emocjonalne	102	-0,0111	-0,1113	0,9116

Tabela 4. Statystyki wsparcia społecznego

Table 4. Social support statistics

pozycja	współmałzonek	dzieci	sąsiedzi	znajomi	lekarze	pielęgniarki
N	49	85	40	33	67	61
\bar{X}	37,59	35,42	46,08	42,33	49,70	47,84
SD	15,3866	6,6393	12,9702	10,1540	4,5361	3,4019
Ufność -95,0%	33,17	33,99	41,93	38,73	48,60	46,96
Ufność +95,0%	42,01	36,86	50,22	45,93	50,81	48,71
Mediana	35,0	35,0	44,5	42,0	48,0	48,0
minimum	24,0	24,0	27,0	27,0	32,0	42,0
maksimum	103,0	63,0	78,0	67,0	60,0	57,0

Tabela 5. Korelacje wymiaru wewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia i wsparcia społecznego

Table 5. Correlation of dimension of inner health control location and social support

wsparcie	N	R	t(N-2)	poziom p
społeczne	102	0,0860	0,8633	0,3901
informacyjne	102	0,0806	0,8085	0,4207
instrumentalne	102	0,1133	1,1406	0,2567
wartościujące	102	0,2322	2,3872	0,0189
emocjonalne	102	-0,0111	-0,1113	0,9116

Dyskusja

W podtrzymywaniu i potęgowaniu zasobów zdrowotnych ludzi starszych dużą rolę odgrywa wsparcie społeczne. Relacje z innymi ludźmi, posiadanie bliskich więzi emocjonalnych zmniejsza poczucie zagrożenia w różnych obszarach. Ma to istotne znaczenie w procesie adaptowania się do zmian charakterystycznych dla okresu starości. Życzliwa obecność osób, które postrzegane są jako źródło dostępnej pomocy, wpływa pozytywnie na stan fizyczny i samopoczucie psychiczne ludzi w starszym wieku [2]. Równie ważne, obok wsparcia jest umiejscowienie kontroli zdrowia. Wiąże się ono ściśle z przekonaniami pacjentów o ich aktywnej roli w odniesieniu do dobrego samopoczucia. Bardzo istotne są samodzielne działania podejmowane przez jednostkę na rzecz poprawy własnego zdrowia. Możemy tu zaliczyć m.in.: prowadzenie zdrowego trybu życia, przestrzeganie zaleceń lekarskich, a także umiejętność samoobserwacji [3]. Celem pracy było sprawdzenie jaką rolę odgrywa wsparcie i umiejscowienie kontroli zdrowia u osób starszych w radzeniu sobie z problemami wieku geriatrycznego. Analiza badawcza wykazała, że najwyższe wsparcie społeczne badani otrzymują od dzieci. Świadczy to o tym, że

osoby starsze posiadające dzieci mogą liczyć na ich pomoc. Ma to zapewne duże znaczenie w radzeniu sobie w sytuacjach trudnych i zmienionych przez chorobę. Biorąc pod uwagę poszczególne rodzaje wsparcia, to we wsparciu informacyjnym najwyższe wyniki seniorzy uzyskali od pielęgniarek, natomiast największe wsparcie instrumentalne od dzieci. Od współmałżonków respondenci dostają najwięcej wsparcia wartościującego. Głębocka badając wsparcie społeczne a jakość życia ludzi starszych również wykazała, że istotnie wyższy poziom wsparcia występował w grupie osób będących w związkach, a szczególnie we wsparciu otrzymywanym od współmałżonków [6]. Jeżeli chodzi o wsparcie emocjonalne, to najwyższe badani uzyskali również od dzieci. Wśród badanych najwyżej oceniono to wsparcie. Zarówno kobiety jak i mężczyźni otrzymali przeciętne wsparcie instrumentalne. Wraz z wiekiem wsparcie to jest coraz wyższe, najwyższe występuje powyżej 80 roku życia, natomiast wartościujące wraz z wiekiem obniża się, najwyższe jest w wieku 60-70 lat. Zdecydowanie wyższe wyniki umiejscowienia kontroli wewnętrznej uzyskały osoby pomiędzy 60 a 70 rokiem życia, najmniej wyników wysokich uzyskano powyżej 80 roku

życia. Świadczy to o tym, że z upływem lat ludzie coraz mniej dbają o zdrowie. Może wynikać to z faktu, iż osoby starsze gorzej radzą sobie same, przez co częściej polegają na pomocy innych osób. Duże znaczenie ma pogarszający się stan fizyczny i psychiczny osób starszych. Biorąc pod uwagę wykształcenie, to większość posiadała podstawowe, bez zawodu. W związku z tym ci respondenci otrzymali najwyższe wyniki umiejscowienia kontroli wewnętrznej oraz we wpływie innych osób. Wynik ten pokazuje, że osoby z niższym wykształceniem wolą polegać na zdaniu innych w kwestii swojego zdrowia. Pacjenci, którzy chorują od 1-5 lat otrzymali najwięcej wysokich wyników wewnętrznego wymiaru kontroli zdrowia, najmniej, osoby chorujące powyżej 25 lat. Świadczy to o tym, że wraz ze wzrostem czasu chorowania maleje ilość osób prezentujących wysokie wyniki tego wymiaru. Wynik wskazuje na to, że osoby, które chorują krótko są przekonane, że same poradzą sobie z chorobą i nie potrzebują pomocy, przez co rolę innych osób pomniejszają. Podsumowując wymiary umiejscowienia kontroli zdrowia wynika, że badani wiążą tę kwestię z wpływem innych osób, gdyż uzyskali oni w tym wymiarze najwyższe wartości, najniższe w wymiarze wewnętrznym. Można z tego wnioskować, że pacjenci uważają, iż za ich zdrowie i dobre samopoczucie odpowiadają inne osoby. Nasuwa się pytanie jaka może być tego przyczyna? Drobnik wskazuje w swoich badaniach, że ankietowani po 60 roku życia wykorzystywali zdobytą podczas akcji promocyjnych wiedzę, i że to zmotywowało ich do wzięcia odpowiedzialności za swoje zdrowie. Tego typu zachowania przejawiało się u połowy badanych [7]. Porównując wsparcie społeczne z wymiarami umiejscowienia kontroli zdrowia, wykazano, że osoby mające wysokie wyniki wpływu innych, otrzymują wyższe wsparcie, natomiast przeciętne wsparcie wartościujące otrzymują badani mający wysokie wyniki wpływu przypadku i umiejscowienia wewnętrznej kontroli zdrowia. Wśród badanych respondentów najczęściej podało, że dba o swoje zdrowie poprzez stosowanie się do zaleceń lekarza, systematyczne kontrole lekarskie, najmniej osób dba poprzez aktywny wysiłek fizyczny. Lawson potwierdził ową tezę badaniami dotyczącymi zachowań zdrowotnych u osób ze schorzeniem przewlekłym, wykazując że pacjenci powyżej 65 roku życia są osobami, które najchętniej wykonują zalecenia lekarskie związane z terapią [8]. Dmowska badając kobiety powyżej 65 roku życia przedstawia, że połowa respondentek twierdzi, iż wysiłek fizyczny jest

niewskazany dla osób w starszym wieku. Aktywność fizyczną podejmuje mało osób starszych [9]. Wśród schorzeń badani na drugim miejscu wymieniali upośledzenie wzroku oraz upadki, które zaliczamy do wielkich problemów geriatrycznych. Choroby te najczęściej leczą w sposób farmakologiczny i dietą. Oprócz chorób podstawowych wymieniane były inne problemy życiowe jak: problem w poruszaniu się i wykonywanie prac domowych. Poziom i rodzaj wsparcia społecznego, otrzymywanego przez badanych jest wysoki. Ma to wpływ na lepsze radzenie sobie z problemami geriatrycznymi, gdyż rodzaj oczekiwanego wsparcia pokrywa się ze wsparciem otrzymywanym, natomiast umiejscowienie kontroli zdrowia byłoby wyższe, gdyby pacjenci sami dbali o swój stan zdrowia fizycznego i psychicznego.

Wnioski

1. Osoby starsze różnią się od siebie rodzajem otrzymywanego wsparcia. Wraz z wiekiem wzrasta zapotrzebowanie na wsparcie informacyjne, a obniża się na wartościujące.
2. Badani różnią się od siebie przekonaniami dotyczącymi odpowiedzialności za swoje zdrowie. Największy wpływ na ich stan zdrowia mają inni.
3. Wyższe wsparcie wartościujące otrzymują badani mający wysokie wyniki wewnętrznego kontroli umiejscowienia zdrowia.
4. Otrzymywane wsparcie ma pomóc w radzeniu sobie w trudnych chwilach spowodowanych chorobą. Ważne jest to, aby seniorzy rozumieli, że i oni sami muszą podejmować wiele działań w kierunku dbania o swoje zdrowie.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Adres do korespondencji:

✉ Krystyna Kurowska
Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa
Zakład Teorii Pielęgniarstwa CM w Bydgoszczy
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
ul. Techników 3; 85-703 Bydgoszcz
☎ (+48 52) 585 21 94
✉ krystyna_kurowska@op.pl

Piśmiennictwo

1. Pączek L, Niemczyk M. Geriatria. Lublin: Czelej; 2009. str. 1-23.
2. Tobiasz-Adamczyk B. Przemoc wobec osób starszych. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2009. str. 52-85,
3. Wlazło A, Leszek J. Samoopieka osób starszych w kontekście psychologii zdrowia. Założenia teoretyczne. Psychogeriatr Pol 2008;5 (3):123-8.
4. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2001. str. 72-84.
5. Kmieciak-Baran K. Skala wsparcia społecznego. Teoria i właściwości psychometryczne. Przegl Psychol 1995;38(1/2):201-14.
6. Głębocka A, Szarzyńska M. Wsparcie społeczne a jakość życia ludzi starszych. Geront Pol 2005;13 (4):255-9.
7. Drobnik J, Malcewicz M, Józefowski P, Kurpas D, Susło R. Wpływ promocji zdrowia na poprawę wiedzy o zdrowiu wśród osób starszych – badanie pilotażowe. Fam Med. Prim Care Rev 2010;12(3):639-42.
8. Lawson B, Van Aarsen K, Latter C, Putman W, Natarajan N, Burge F. Self-Reported Health Beliefs, Lifestyle and Health Behaviors in Community-Based Patients with Diabetes and Hypertension. Can J Diabet 2011;35(5):490-6.
9. Dmowska I, Kozak-Szkopek E. Znajomość roli aktywności fizycznej w etiologii chorób cywilizacyjnych u osób w starszym wieku. Probl Pielęg 2010;18(3):272-8.