

ARTYKUŁ ORYGINALNY/ORIGINAL PAPER

Otrzymano/Submitted: 11.03.2013 • Poprawiono/Corrected: 20.06.2013 • Zaakceptowano/Accepted: 22.06.2013

© Akademia Medycyny

Znaczenie kontroli zdrowia u rodzin chorych w stanie zagrożenia życia***Significance of health control among family members of patients facing a life threatening condition*****Krystyna Kurowska, Grzegorz Ulenberg**

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

**Streszczenie**

Wstęp. Stan krytyczny osoby bliskiej może stanowić czynnik decydujący o przewartościowaniu dotychczasowej kontroli zdrowia. **Cel pracy.** Określenie poziomu umiejscowienia kontroli zdrowia u rodzin chorych znajdujących się w stanie zagrożenia życia. **Materiał i metody.** Przebadano 119 członków rodzin pacjentów znajdujących się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, hospitalizowanych w Oddziale Klinicznym Anestezjologii i Intensywnej Terapii 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego w Bydgoszczy. Umiejscowienie kontroli zdrowia oceniono za pomocą skali MHLC w adaptacji Zygryda Juczyńskiego. **Wyniki.** Wykazano bezpośredni związek pomiędzy postrzeganiem swojego zdrowia a krytycznym stanem zdrowia członków ich rodzin, który został wyrażony poprzez zwiększone zainteresowanie swoim zdrowiem. Wyższe wyniki wewnętrznej kontroli osiągnięto u osób młodych. **Wnioski.** Uzyskane rezultaty pokazują jakie odniesienie na stan postrzegania swojego zdrowia ma wystąpienie sytuacji krytycznej. Pozwalają również lepiej zaplanować edukację zdrowotną rodzin pacjentów leczonych w oddziałach intensywnej terapii. *Anestezjologia i Ratownictwo 2013; 7: 289-296.*

Słowa kluczowe: intensywna terapia, umiejscowienie kontroli zdrowia, wpływ wizji śmierci na rodzinę

Abstract

Background. Critical condition of a relative can influence the perception of health control. **Aim.** To estimate the health locus of control among family members of patients facing a life threatening condition. **Material and methods.** The study included 119 family members of critically ill patients hospitalized on Intensive Care Unit, 10th Military Research Hospital and Polyclinic in Bydgoszcz. Health locus of control was assessed using MHLC scale adapted by Zygfryd Juczyński. **Results.** A direct relationship between the respondents' perception of health and critical condition of their relatives was observed. The respondents' interest in their own health increased. Young respondents obtained higher scores on the internal control. **Conclusions.** The results demonstrate the influence of a critical situation on an individual's health perception. They also help to design a better health education program for family members of ICU patients. *Anestezjologia i Ratownictwo 2013; 7: 289-296.*

Keywords: intensive care, health locus of control, the impact of a possible death on the family

Wstęp

Oddziały intensywnej terapii (OIT) specjalizują się w leczeniu najcięższych stanów chorobowych, które prowadzą bezpośrednio do sytuacji zagrożenia życia. Pobyt w OIT stanowi olbrzymi stresor nie tylko dla chorego, ale również dla jego bliskich. Nierzadko zdarza się, że pobyt pacjenta w OIT wyzwała silne emocje u rodziny chorego, zmieniając w nich obraz własnego zdrowia i potrzebę podejmowania względem siebie działań profilaktycznych. Celem pracy było określenie poziomu umiejscowienia kontroli zdrowia u rodzin chorych znajdujących się w stanie zagrożenia życia. Działania te pozwolą również lepiej zaplanować edukację zdrowotną rodzin pacjentów leczonych w oddziałach intensywnej terapii.

Materiał i metoda badawcza

Badania przeprowadzono w okresie od stycznia do lipca 2012 w grupie 119 członków rodzin pacjentów znajdujący się w stanie zagrożenia życia, hospitalizowanych w Oddziale Klinicznym Anestezjologii i Intensywnej Terapii 10. Wojskowego Szpitala Klinicznego w Bydgoszczy, za zgodą komisji bioetycznej *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (KB/35/2012). W badaniach wykorzystano skalę MHLC w adaptacji Zygfrйда Juczyńskiego, oceniającą umiejscowienie kontroli zdrowia [1] oraz ankietę demograficzną. 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 U 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

Najliczniejszą grupę stanowili badani w wieku 21-30 lat (36,1%) oraz 41-50 lat (24,4%), nieznacznie dominowali mężczyźni (50,4%), większość miała wykształcenie średnie (53,8%) i wyższe (23,5%), pozostawała w stanie wolnym (40,3%) i w związkach małżeńskich (23,5%), posiadała potomstwo (39,5%), mieszkała w mieście (61,3%) z rodziną (67,2%). Poddając analizie stopień pokrewieństwa z osobą chorą, badani wskazywali, że był to dla nich współmałżonek (20,2%), matka/ojciec (18,5%), brat/siostra (10,9%). Ponad połowa stwierdziła, że zainteresowała się bardziej własnym zdrowiem z powodu choroby osoby bliskiej (63,9%). W większości badani zasięgali opinii jak uniknąć choroby (71,4%). Na zapadanie na schorzenia przewlekłe wskazało 39,5%, jednak pod stałą opiekę specjalisty było tylko 14,5%. Stosowanie się do zaleceń lekarskich zadeklarowała większość badanych (83,2%). Niespełna połowa stwierdziła, że po zachorowaniu bliskiej osoby zaczęły odczuwać dolegliwości somatyczne (48,7%). Najczęściej wymienianą dolegliwością był ból głowy (26,8%), kołatanie serca (23,6%), wzmożone napięcie mięśniowe (13%).

Analizie poddano skalę MHLC. Jest to Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia. Zawiera ona 18 stwierdzeń i ujmuje przekonania dotyczące zgeneralizowanych oczekiwań w trzech wymiarach umiejscowienia kontroli zdrowia:

- wewnętrzne (W) – kontrola nad własnym zdrowiem zależy ode mnie;
- wpływ innych (I) – własne zdrowie jest wynikiem oddziaływania innych, zwłaszcza personelu medycznego;
- przypadek (P) – o stanie zdrowia decyduje przypadek czy inne czynniki zewnętrzne [1].

Średnie wymiarów były bardzo zbliżone (tabela I). Ze wszystkich pomiarów umiejscowienia kontroli zdrowia najwyższe wartości punktowe otrzymano w wymiarze kontroli wpływu innych (I) – średnia 22,97

Tabela I. Średnie i mediany umiejscowienia kontroli zdrowia

Table I. Mean and medians of health locus of control

W			I			P		
Średnia Mean	SD	Mediana Median	Średnia Mean	SD	Mediana Median	Średnia Mean	SD	Mediana Median
22,71	4,040	23,0	22,97	5,814	24,0	22,28	4,774	22,0

punktu, najniższe natomiast przypadku (P) – 22,28 punktu. Większą liczbę wyników wysokich w wymiarze wewnętrznym (W) (55,5%), mniejszą w wymiarze przypadku (P) (52,9%). Najwięcej badanych, to typ nieodróżnicowany silny (22,7%), dalej badani o typie silnym -wewnętrznym (19,3%) oraz typie powiększającym wpływ innych (12,6%). W najmniejszym stopniu odnotowano badanych o typie pomniejszającym wpływ innych i pomniejszających wpływ przypadku (po 6,7%) (tabela II).

Tabela II. Klasyfikacja typów umiejscowienia kontroli zdrowia

Table II. Types of health locus of control – classification

Typ	liczba	%
Typ silny - wewnętrzny Strong - internal	23	19,3
Typ silny - zewnętrzny Strong - external	14	11,8
Typ pomniejszający wpływ innych Minimizing the influence of others	8	6,7
Typ powiększający wpływ innych Intensifying the influence of others	15	12,6
Typ pomniejszający wpływ przypadku Minimizing the influence of coincidence	8	6,7
Typ powiększający wpływ przypadku Intensifying the influence of coincidence	14	11,8
Typ nieodróżnicowany - silny Uniform - strong	27	22,7
Typ nieodróżnicowany - słaby Uniform - weak	10	8,4
Razem Total	119	100,0

Analizując umiejscowienie kontroli zdrowia dokonano analizy porównawczej, ze względu na zmienne socjodemograficzne, do których wytypowano: płeć, wiek, stan cywilny, posiadanie dzieci, wykształcenie, miejsce zamieszkania i zamieszkiwanie, występowanie chorób przewlekłych i dolegliwości somatycznych. Badane grupy płci różnią się istotnie pod względem wyników wymiaru kontroli zdrowia wpływu innych ($p < 0,047$). Większą przewagę wyników wysokich wymiaru wewnętrznego odnotowano wśród kobiet (59,3%), jak i również przewagę wymiaru wpływu innych (64,4%) oraz w wymiarze przypadku (57,6%). W kontroli wewnętrznej średni wynik kobiet nieznacznie był wyższy od mężczyzn (o 0,28 punktu).

Wynik średni uzyskany przez mężczyzn (tabela III) w badanej grupie niższy niż mężczyzn grupy normalizacyjnej (różnica rzędu 3,68 punktu). W przypadku kobiet również niższy (1,9 punktu). W wymiarze wpływu innych, średni wynik kobiet zdecydowanie wyższy od mężczyzn (3,78 punktu). Wynik kobiet również wyższy w porównaniu z grupą normalizacyjną (2,11 punktu). Wynik średni mężczyzn nieznacznie wyższy niż wynik normalizacyjny (0,04 punktu). W kontroli zdrowia wymiaru przypadku, średni wynik badanych kobiet wyższy od mężczyzn (1,2 punktu). W porównaniu z grupą normalizacyjną wynik kobiet wyższy (1,4 punktu). Wynik badanych mężczyzn wyższy od wyników normalizacyjnych (1,87 punktu). Badane kobiety to przede wszystkim typ nieodróżnicowany - silny (30,5%) oraz w takim samym stopniu typ silny wewnętrzny i silny zewnętrzny (po 13,6%). W najmniejszym stopniu typ pomniejszający wpływ innych (5,1%). Badani mężczyźni to przede wszystkim typ silny wewnętrzny (25%) oraz w takim samym stopniu typ powiększający wpływ innych, typ

Tabela III. Porównanie z wynikami normalizacyjnymi

Table III. Comparison with normalized results

Grupa Group	Płeć Gender	N	Kontrola wewnętrzna Internal control		Wpływ innych Influence of others		Przypadek coincidence	
			Średnia Mean	SD	Średnia Mean	SD	Średnia Mean	SD
Analizowana Analysed	Mężczyzna Male	60	22,65	4,62	21,10	6,14	21,68	5,53
	Kobieta Female	59	22,78	3,39	24,88	4,81	22,88	3,81
Normalizacyjna Normalized	Mężczyzna Male	310	26,33	5,31	21,06	5,16	19,81	4,56
	Kobieta Female	456	24,68	5,64	22,77	5,36	21,48	5,00

powiększający wpływ przypadku i typ niezróżnicowany silny (po 15%). W najmniejszym stopniu typ pomniejszający wpływ przypadku (3,3%). Grupy wiekowe pozostawały w istotnej statystycznie, średniej korelacji z wynikami wymiaru wpływu innych ($r = 0,39$; $p > 0,001$) oraz w niskiej korelacji z wynikami wymiaru przypadku ($r = 0,26$; $p < 0,004$). Największą liczbę wyników wysokich wymiaru wpływu innych osiągnęli badani w wieku 61-70 lat (88,2%), dalej 41-50 lat (72,4%) i 31-40 lat (66,7%), najmniej badani w wieku 21-30 lat (25,6%). Większą liczbę wyników wysokich wymiaru przypadku osiągnęli badani w wieku 41-50 lat (72,4%), dalej w wieku 61-70 lat (64,7%) i 51-60 lat (60%), mniej badani w wieku 21-30 lat (34,9%). W wymiarze wewnętrznym kontroli zdrowia wyższe wyniki uzyskali badani w wieku 51-60 lat, dalej w wieku 41-50 lat i 21-30 lat, mniej badani w wieku 71-70 lat. W wymiarze kontroli zdrowia wpływu innych, najwyższe wyniki uzyskali badani w wieku 61-70 lat, dalej w wieku 41-50 lat i 31-40 lat, najmniej badani w wieku 21-30 lat. W wymiarze kontroli zdrowia wpływu przypadku, wyższe wyniki uzyskali badani w wieku 41-50 lat, dalej w wieku 61-70 lat i 51-60 lat, mniej badani w wieku 21-30 lat. Badani w wieku 21-30 lat to przede wszystkim typ silny - wewnętrzny (32,6%) oraz typ powiększający wpływ przypadku (16,3%). W najmniejszym stopniu typ pomniejszający wpływ przypadku (4,7%). Badani w wieku 31-50 lat, to przede wszystkim typ powiększający wpływ innych (26,7%) oraz typ niezróżnicowany silny (20%). Badani w wieku 41-50 lat, to przede wszystkim typ niezróżnicowany - silny (37,9%) oraz typ silny zewnętrzny (24,1%). W najmniejszym stopniu powiększający wpływ innych i niezróżnicowany słaby (po 3,4%). Badani w wieku 51-60 lat, to przede wszystkim i w jednakowym stopniu typ silny wewnętrzny i niezróżnicowany silny (po 26,7%). Badani w wieku 61-70 lat to przede wszystkim typ niezróżnicowany silny (35,3%) i w jednakowym stopniu typ silny zewnętrzny i powiększający wpływ innych (po 23,5%). Badani w grupach stanu cywilnego, różnią się istotnie pod względem wyników wymiaru wewnętrznego kontroli zdrowia ($p < 0,002$). Największą liczbę wyników wysokich wymiaru wewnętrznego, osiągnęli badani panny/kawalerowie (60,4%), dalej żyjący w konkubinacie (57,1%) i osoby rozwiedzione (53,8%). Najmniej badani wdowy i wdowcy (47,8%). Wyższe wyniki wymiaru wewnętrznego prezentują panny/kawalerowie, dalej żyjący w konkubinacie i osoby rozwiedzione, niższe

badani wdowy i wdowcy. W wymiarze wpływu innych wdowa/ wdowiec, dalej konkubinacie i osoby zamężne. Najniższe panny i kawalerowie. W wymiarze wpływu przypadku, wdowy/ wdowcy, dalej osoby zamężne i będące w konkubinacie. Najniższe panny/kawalerowie. Badani zamężni to typ niezróżnicowany silny (28,6%) oraz typ silny zewnętrzny (17,9%). Badani panny/kawalerowie, to typ silny wewnętrzny (29,2%) oraz typ niezróżnicowany silny (14,6%). Badani wdowy/wdowcy, to typ niezróżnicowany - silny (34,8%) oraz w jednakowym stopniu typ silny zewnętrzny i powiększający wpływ innych (po 17,4%). Badani rozwiedzeni, to w jednakowym stopniu typ silny wewnętrzny, powiększający wpływ przypadku i niezróżnicowany silny (po 23,1%). Badani będący w konkubinacie, to przede wszystkim typ silny zewnętrzny (42,9%) i silny wewnętrzny - (28,6%). Badane grupy ze względu na fakt posiadania dzieci różnią się istotnie pod względem wyników wymiaru kontroli zdrowia wpływu innych ($p < 0,001$). Zdecydowanie większą przewagę wyników wysokich wymiaru wpływu innych odnotowano wśród mających dzieci (74,5%). Wyższe wyniki wymiaru wewnętrznego prezentują niemający dzieci. W wymiarze wpływu innych i w wymiarze wpływu przypadku badani mający dzieci. Badani mający dzieci, to przede wszystkim typ niezróżnicowany - silny (29,8%) oraz typ silny zewnętrzny (21,3%). W najmniejszym stopniu typ powiększający wpływ przypadku (4,3%) oraz pomniejszający wpływ innych (2,1%). Badani niemający dzieci to przede wszystkim typ silny wewnętrzny (26,4%) oraz typ niezróżnicowany silny (18,1%) i typ powiększający wpływ przypadku (16,7%). W najmniejszym stopniu typ silny zewnętrzny (5,6%) oraz pomniejszający wpływ przypadku (4,2%). Wykształcenie pozostawało w istotnej, niskiej korelacji z wynikami wymiaru wpływu innych ($r = -0,24$; $p < 0,008$). Największą liczbę wyników wysokich wymiaru wpływu innych osiągnęli badani z wykształceniem podstawowym (81,8%), dalej z zawodowym (68,8%) najmniej badani z wyższym (39,3%). Najwyższe wyniki wymiaru wewnętrznego osiągnęli badani z wykształceniem średnim, dalej z podstawowym, najmniejsze z zawodowym. W wymiarze wpływu innych, co wcześniej ustalono najwyższe wyniki z wykształceniem podstawowym, dalej zawodowym, najniższe z wyższym. W wymiarze przypadku najwyższe wyniki prezentowali badani z wykształceniem podstawowym, dalej wyższym, najniższe z średnim. Badani z wykształceniem podstawowym, to

przede wszystkim typ niezróżnicowany - silny (45,5%) oraz typ powiększający wpływ innych (27,3%). Badani z wykształceniem zawodowym, to typ silny zewnętrzny (31,3%). Nie odnotowano w tej grupie typu pomniejszającego wpływ innych. Badani z wykształceniem średnim, to przede wszystkim i w jednakowym stopniu typ silny wewnętrzny i niezróżnicowany - silny (po 23,4%) oraz typ powiększający wpływ innych (14,1%). W grupie badanych z wykształceniem wyższym najwięcej osób i to w jednakowym stopniu, to typ silny wewnętrzny, niezróżnicowany silny i niezróżnicowany słaby (po 17,9%). Badane grupy miejsca zamieszkania różnią się istotnie pod względem wyników wymiaru kontroli zdrowia wpływu przypadku ($p < 0,045$). Zdecydowanie większą przewagę wyników wysokich wymiaru wpływu przypadku odnotowano wśród mieszkańców miasta (60,3%). Wyższe wyniki zarówno wymiaru wewnętrznego, wpływu innych i wpływu przypadku prezentują mieszkańcy miasta. Badani mieszkańcy wsi, to typ silny wewnętrzny (26,1%) oraz typ powiększający wpływ innych (21,7%). W najmniejszym stopniu typ pomniejszający wpływ innych i pomniejszający wpływ przypadku (po 2,2%). Badani mieszkańcy miasta to typ niezróżnicowany silny (27,4%) oraz silny wewnętrzny (15,1%) i typ silny zewnętrzny (12,3%). W najmniejszym stopniu typ niezróżnicowany słaby (8,2%) oraz powiększający wpływ innych (6,8%). Wyższe wyniki zarówno wymiaru wewnętrznego, jak i wpływu przypadku prezentują badani mieszkający z rodziną. Wyższe wyniki wymiaru wpływu innych badani mieszkający samotnie. Badani niemieszkający samotnie, to typ niezróżnicowany silny (23,1%) oraz typ powiększający wpływ innych (20,5%) i typ silny wewnętrzny (17,9%). W najmniejszym stopniu typ pomniejszający wpływ innych (2,6%). Badani mieszkający samotnie, to typ niezróżnicowany silny (22,5%) oraz silny wewnętrzny (20%) i typ powiększający wpływ przypadku (13,8%). W najmniejszym stopniu typ pomniejszający wpływ przypadku i niezróżnicowany słaby (po 7,5%). Badane grupy występowania chorób przewlekłych różnią się istotnie pod względem wyników wymiarów kontroli zdrowia wpływu innych ($p < 0,032$). Zdecydowanie większą przewagę wyników wysokich wymiaru wpływu innych odnotowano wśród badanych mających choroby przewlekłe (66%). Nieznacznie wyższe wyniki zarówno wymiaru wewnętrznego, jak i wpływu przypadku prezentują badani niemający chorób przewlekłych. Wyższe wyniki wymiaru wpływu innych,

co wcześniej stwierdzono badani z chorobami przewlekłymi. Badani z chorobami przewlekłymi, to typ niezróżnicowany silny (25,5%) oraz typ powiększający wpływ innych (17%) i typ silny zewnętrzny (14,9%). W najmniejszym stopniu typ powiększający wpływ przypadku (4,3%). Badani bez chorób współistniejących, to typ silny wewnętrzny (23,6%) oraz typ niezróżnicowany silny (20,8%) i typ powiększający wpływ przypadku (16,7%). W najmniejszym stopniu typ pomniejszający wpływ przypadku (5,6%). Badane grupy występowania dolegliwości somatycznych różnią się istotnie pod względem wyników wymiarów kontroli zdrowia wpływu innych ($p < 0,002$). Zdecydowanie większą przewagę wysokich wyników wymiaru wpływu innych odnotowano wśród badanych mających dolegliwości somatyczne (70,7%). Nieznacznie wyższe wyniki wymiaru wewnętrznego prezentują badani niemający dolegliwości somatycznych. Wyższe wyniki wymiaru wpływu innych, co wcześniej stwierdzono oraz wyniki wymiaru wpływu przypadku badani z dolegliwościami somatycznymi. Badani z dolegliwościami somatycznymi, to typ niezróżnicowany silny – (27,6%) oraz typ silny zewnętrzny (19%) i typ powiększający wpływ innych (17,2%). W najmniejszym stopniu typ pomniejszający wpływ innych (5,2%). Badani bez dolegliwości somatycznych, to typ silny wewnętrzny (27,9%) oraz typ niezróżnicowany silny (18%) i typ powiększający wpływ przypadku (16,4%). W najmniejszym stopniu typ silny zewnętrzny (4,9%).

Dyskusja

Badania zostały przeprowadzone na populacji 119 osób, których bliscy w czasie prowadzenia badań znajdowali się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, leżąc w oddziale intensywnej terapii (OIT). W badaniach poddano ocenie kryteria takie, jak: wiek, płeć, pochodzenie, wykształcenie, subiektywna reakcja na chorobę bliskiej osoby, objawy somatyczne towarzyszące wiadomości o chorobie, stosunek badanych do opieki lekarskiej. Z analizy zgromadzonego materiału wynika, że ponad połowa badanych stwierdziła, że zainteresowała się bardziej własnym zdrowiem z powodu choroby bliskiej osoby. Może to wynikać z faktu, że część chorych będących pacjentami OIT jest dotknięta wielochorobowością, a do oddziału intensywnej terapii trafili w wyniku zaostrzenia się objawów występujących już od dłuższego czasu. Jedynie dla co czwartej osoby spośród badanych, ciężki stan bliskiego

był elementem motywującym, by pogłębić swoją wiedzę w kwestii unikania choroby. Nie rzutowało to negatywnie na chęć utrzymania obecnego poziomu zdrowia u badanych - chęć taką wyraziło więcej niż połowa badanych. Wynika to z niskiej świadomości zdrowotnej badanych osób i jednocześnie pewnego rodzaju zadowolenia z własnego zdrowia, mimo że nie zawsze jest ono pełne. Również o tym świadczyć może, jeden z ciekawszych wyników badań, jakim okazał się fakt, że spośród respondentów badania blisko połowa przyznała się do choroby przewlekłej, jednak jedynie jedna czwarta spośród nich znajduje się z tego tytułu pod stałą opieką specjalisty. Jest to wynik niepokojący i wynikać pośrednio również może z faktu niepełnej wiedzy o danych jednostkach chorobowych, co za tym idzie za brakiem edukacji chorych z zakresu groźących konsekwencji zdrowotnych rozwoju ich schorzeń. Cieszy fakt, że większość badanych zadeklarowało stosowanie się do zaleceń lekarskich. Z przeprowadzonych badań domniemywać można, że sytuacje trudne, stresujące, mogą stanowić podłoże do występowania dolegliwości somatycznych. Opinię o współwystępowaniu dolegliwości somatycznych wyraziła połowa badanych. Jest to niewątpliwie wynikiem odpowiedzi psychosomatycznej ludzi. Istnienie takiego zjawiska potwierdził we wcześniejszych badaniach Tyłka [2]. Wyników świadczących o postrzeganiu swojego zdrowia przez pryzmat krytycznego stanu bliskiej osoby niestety nie można zestawić z innymi badaniami, ponieważ do tej pory badania takie nie były prowadzone.

Analizując kwestionariusz umiejscowienia kontroli zdrowia MHLC uzyskano bardzo zbliżone do siebie wyniki. Ze wszystkich wymiarów umiejscowienia kontroli zdrowia najwyższe wartości punktowe otrzymano w wymiarze kontroli wpływu innych, najniższe w wymiarze przypadku. Małe różnice pomiędzy poszczególnymi wynikami mogą być wynikiem sytuacji życiowej, w jakiej respondenci zostali poddani badaniu. Stan krytyczny osoby bliskiej może stanowić czynnik decydujący o przewartościowaniu dotychczasowej kontroli zdrowia. Najwięcej wyników świadczących o wewnętrznym umiejscowieniu kontroli odnotowano w grupie wiekowej 21-30 lat. Ma to potwierdzenie w wynikach badań prowadzonych przez Saka [3]. Przewagę wyników świadczących o wewnętrznym umiejscowieniu kontroli zdrowia odnotowano u kobiet. Jednocześnie to one w zestawieniu z mężczyznami częściej wskazywały istotną rolę przypadku w kreowaniu swojego zdrowia. W każdym z badanych

przez skalę MHLC aspektów wyższe wyniki uzyskały kobiety. Może to być świadectwem większego zainteresowania swoim zdrowiem przez tę płć. Grupy wiekowe pozostawały w istotnej statystycznie, średniej korelacji z wynikami wymiaru wpływu innych oraz w niskiej korelacji z wynikami wymiaru przypadku. Największy odsetek wyników wysokich wymiaru wpływu innych osiągnęli badani w wieku 61-70 lat, najmniej w wieku 21-30 lat. Wyniki te wskazywać mogą na fakt wielochorobowości osób starszych, ich świadomości w kwestii deficytów samoopieki i stopniowo pogłębiającej się wprost proporcjonalnie do wieku zależności od innych, także w kwestiach zdrowotnych. Niski wynik u osób młodych badanych z kolei wynikać może z chęci samodzielności i samostanowienia o sobie. Badani znajdujący się w różnym stanie cywilnym różnili się znacząco pod względem wewnętrznego wymiaru umiejscowieniem kontroli zdrowia. Największą liczbę wyników wysokich wymiaru wewnętrznego, osiągnęli badani panny/kawalerowie, dalej żyjący w konkubinacie, osoby rozwiedzione i osoby zamężne, najmniej badani wdowy i wdowcy, co może być wynikiem utraty współmałżonka w skutek przebytych chorób. Posiadanie dzieci okazało się elementem różnicującym badanych pod względem zewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia. Zdecydowanie większą przewagę wyników wysokich wymiaru wpływu innych odnotowano wśród mających dzieci. Może to być wynikiem dbania o zdrowie własne w aspekcie jednoczesnego poczucia odpowiedzialności za dziecko oraz jego stan zdrowia. Dziwi fakt, że stopień wykształcenia respondentów wykazał niski stopień korelacji z zewnętrznym wymiarem kontroli zdrowia. Badani, którzy są mieszkańcami miast osiągnęli wyższe wyniki w każdym aspekcie umiejscowienia kontroli zdrowia. Może to wynikać z faktu, że z jednej strony posiadają lepszy dostęp do jednostek ochrony zdrowia, z drugiej jednak większy dostęp do wszelakich mediów, które nie zawsze przekazują rzetelne informacje dotyczące zdrowia i sposobów jak je utrzymać, a które mają ogromne oddziaływanie na zachowania ludzi. Występowanie chorób przewlekłych u respondentów istotnie koreluje z postrzeganiem wpływu innych na stan własnego stanu zdrowia. Nieznacznie wyższe wyniki zarówno wymiaru wewnętrznego, jak i wpływu przypadku prezentują badani niemający chorób przewlekłych. Wyższe wyniki wymiaru wpływu innych, co wcześniej stwierdzono u badanych z chorobami przewlekłymi. Bez wątplenia wynika to ze świadomości konieczności

współpracy z przedstawicielami ochrony zdrowia, w celu poprawy komfortu życia z chorobą przewlekłą. Również u osób odczuwających objawy somatyczne odnotowano zdecydowanie zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia. Podobnie jak w przypadku osób chorych przewlekłe, także tu może to być wynikiem samoświadomości badanych w kwestii nie radzenia sobie samodzielnie z przykrymi objawami. Przebywanie bliskich osób w placówkach intensywnej terapii jest zwykle trudnym doświadczeniem dla ich rodzin. W tym okresie są one targane wieloma emocjami, które mogą mieć wymierny wpływ na ich zdrowie - zarówno terazniejsze jak i w późniejszej perspektywie [4]. Właśnie ze względu na emocjonalność tego okresu, stanowi on ciekawy obszar do badań nad wpływem ciężkiej choroby człowieka na jego bliskich. Przeprowadzone badania ukazały istnienie zależności pomiędzy umiejscowieniem kontroli zdrowia u respondentów a wystąpieniem stanu krytycznego u członka ich rodzin. We wcześniejszych latach nie prowadzono badań rodzin pacjentów OIT pod tym kątem, skupiano się na innych aspektach istotnych dla funkcjonowania jednostki. Jako, że rodziny chorych krytycznie poddawane są nasilonemu działaniu stresorów, można podjąć próbę obiektywizacji prowadzonych badań, zestawiając je z wynikami pracy napisanej przez Opuchlik [5], z której wynika, że osoby poddane silnym stresorom częściej charakteryzują się zewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia oraz co za tym idzie, częściej skoncentrowane są na działaniu w celu rozwiązaniu bieżących problemów. Rodziny pacjentów leczonych w oddziałach intensywnej terapii stanowią specyficzną grupę badawczą, która ze względu na stan chorobowy bliskiej osoby nie zawsze jest chętna do współpracy przy prowadzeniu badań. Właśnie ze względu na specyfikę grupy, jak i moment kryzysu, w jakim się znajdują, konieczne jest prowadzenie badań, by móc podejmować odpowiednie kroki w celu możliwie łagodnego poprowadzenia rodzin przez ten

newralgiczny moment w ich życiu. Badania na temat umiejscowienia kontroli zdrowia u poszczególnych członków rodzin pacjentów w stanie zagrożenia życia stanowią doskonale rozwinięte badania prowadzonych we wcześniejszych latach, ponieważ dotyczą poszczególnych członków rodzin oraz poruszają aspekt, który nie był dotychczas poruszany w tym kontekście.

Wnioski

1. Ponad połowa badanych potwierdziła, że w związku z chorobą członka rodziny zwiększyły swoje zainteresowanie zdrowiem. Badani w większości stosują się do zaleceń lekarskich.
2. Niespełna połowa badanych zauważyła związek pomiędzy wystąpieniem nagłego stanu krytycznego u bliskiej osoby a dolegliwościami somatycznymi u siebie.
3. Wykazano korelację pomiędzy rodzajem umiejscowienia kontroli zdrowia a wiekiem respondentów. Najwyższy wynik uzyskano w przedziale wiekowym 21-30 lat oraz powyżej 61 roku życia.
4. Rodziny pacjentów znajdujących się w stanie zagrożenia życia wymagają dalszych badań z zakresu wpływu na nie ciężkiej choroby osób bliskich.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Adres do korespondencji:

✉ Krystyna Kurowska Krystyna
Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa
Zakład Teorii Pielęgniarstwa
CM w Bydgoszczy, UMK Toruń
ul. Techników 3; 85-801 Bydgoszcz
☎ (+48 52) 585 21 94
✉ krystyna_kurowska@op.pl

Piśmiennictwo

1. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa 2001;72-84.
2. Tylka J. Podejście psychosomatyczne w wyjaśnieniu przyczyn i ustalenia sposobów terapii zaburzeń zdrowia. Family Med Prim Care Rev 2010;12:97-103.
3. Sak J, Jarosz M, Mosiewicz J, Sagan D, Wiechetek M, Pawlikowski J, et al. Postrzeganie własnej choroby a poczucie odpowiedzialności za swoje zdrowie osób przewlekłe chorych. Med Og Nauki Zdr 2011;17:169-73.

4. Basińska K. Ocena wyników leczenia oraz jakości życia chorych po intensywnej terapii w stanach zagrożenia życia. Gdańsk: Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych; 2005.
5. Opuchlik K, Wrzeńska 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;18:235-45.