



## Umiejscowienie kontroli zdrowia a wiedza o chorobie i percepcja czynników sprzyjających zdrowieniu u pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową

*Health locus of control, knowledge of illness and perception of recovery aiding factors among patients with bipolar affective disorder*

BEATA ANNA KULIG

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Lublin

### STRESZCZENIE

**Cel.** Określenie powiązań pomiędzy lokalizacją kontroli zdrowia a wiedzą pacjentów na temat choroby afektywnej dwubiegunowej (ChAD) oraz postrzeganiem przez nich czynników sprzyjających powrotowi do zdrowia.

**Metoda.** Badaniem objęto 32 chorych cierpiących na ChAD. Lokalizację kontroli zdrowia określono na podstawie badania „Wielowymiarową skalą umiejscowienia kontroli zdrowia” (MHCL). Poziom wiedzy badanych oceniono na podstawie pytań dotyczących podstawowych informacji o przebiegu choroby oraz czynnikach pozytywnie i negatywnie wpływających na stan zdrowia pacjenta. Sposób percepcji czynników leczących określony został na podstawie „Kwestionariusza czynników sprzyjających zdrowieniu”.

**Wyniki.** W badanej grupie dominuje zewnętrzna lokalizacja kontroli zdrowia – przekonanie, że za stan zdrowia osoby odpowiadają inni ludzie, głównie personel medyczny. Jednocześnie badani pomniejszają wpływ własnych działań i możliwości na proces powrotu do zdrowia. Przeświadczenie to wiąże się z przekonaniem, że gwarancją powrotu do zdrowia są w głównej mierze działania profesjonalistów, pomniejszane jest natomiast własne zaangażowanie. Przekonanie, że stan zdrowia jest wynikiem przypadkowych czynników, wiąże się z niższą oceną istotności osobistego zaangażowania pacjenta w proces leczenia oraz niższą oceną wsparcia emocjonalnego ze strony innych, mimo posiadania wiedzy o znaczeniu tych czynników.

**Wnioski.** U pacjentów cierpiących na ChAD umiejscowienie kontroli zdrowia może być czynnikiem modyfikującym zaangażowanie pacjenta w proces leczenia. Zależność tę można wykorzystać, planując oddziaływania terapeutyczne.

### ABSTRACT

**Objectives.** The aim of this study was to explore relationships between health locus of control and patients' knowledge about bipolar affective disorder (BAD) as well as their perception of factors aiding recovery.

**Methods.** The research involved 32 patients with bipolar disorder. The locus of health control was determined by use of the Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHCL). The respondents' knowledge was evaluated on the basis of the questions concerning basic information about the illness, and negative and positive factors influencing the patient's health. Additionally, the perception of the recovery supporting factors was estimated by the Factors Aiding Recovery Questionnaire.

**Results.** An external locus of control dominates in the group of patients examined, and is manifested through the patients' belief that their health depends on other people, mainly medical staff. The conviction that one's health depends on external factors is linked with a belief that the patient's own involvement in the process of recovery and search for emotional support from others is of no significance. At the same time, patients disregard the significance of the impact of their own actions and competences on the recovery process.

**Conclusions.** In a group of patients diagnosed with bipolar disorder, the positioning of the locus of control may be a modifying factor, influencing a patient's engagement in the process of recovery. This finding can be used when planning therapeutic interventions.

---

**Słowa kluczowe:** choroba afektywna dwubiegunowa / lokalizacja kontroli zdrowia / zdrowienie / czynniki zdrowienia

**Key words:** bipolar affective disorder / health locus of control / recovery / recovery factors

---

Choroba afektywna dwubiegunowa jest zaburzeniem, w którym występują nieprawidłowości psychiczne o charakterze dwóch biegunów psycho-

patologicznych, czyli manii i depresji, pojawiających się w różnych sekwencjach czasowych [1]. Pośród najważniejszych przyczyn upośledzenia

funkcjonowania i niezdolności do pracy zaburzenie to zajmuje wysokie szóstą miejsce [2]. Optymalne funkcjonowanie osoby, stabilizacja samopoczucia, zapobieganie nawrotom choroby i hospitalizacjom, a także takim powikłaniom, jak sięganie po środki psychoaktywne czy pojawienie się zachowań samobójczych, nie jest możliwe bez właściwie prowadzonego leczenia, w którym aktywna postawa pacjenta jest podstawą jego skuteczności [1, 3, 4]. W przypadku choroby afektywnej dwubiegunowej zachowanie pacjenta w procesie leczenia istotnie wpływa na jego jakość i skuteczność. Istotne jest poznanie własnej choroby oraz przestrzeganie zaleceń lekarskich i prowadzenie zdrowego trybu życia. Ważne jest również poszukiwanie obszarów wsparcia tkwiących w otoczeniu społecznym [5, 6].

Czynnikiem, który w istotny sposób może modyfikować przekonania pacjenta i jego zaangażowanie w proces leczenia jest lokalizacja kontroli zdrowia, która, według K.A. Wallston i B.S. Wallston, tworzona jest na podstawie własnych doświadczeń i obserwacji osoby, odnoszących się do zdrowia i choroby. Wewnętrzna lokalizacja kontroli zdrowia ma swój wyraz w przekonaniu osoby, że może ona kontrolować stan własnego zdrowia, że jej zdrowie zależy od niej. Zewnętrzna umiejscowienie kontroli zdrowia przejawiać się może w dwojaki sposób – w przeświadczeniu, że zdrowie jest wynikiem oddziaływania innych osób, zwłaszcza personelu medycznego bądź w przekonaniu osoby, że jej zdrowie jest wynikiem działania przypadku, losu czy innych czynników zewnętrznych [7, 8]. Osoby z wewnętrzną lokalizacją kontroli, w przeciwieństwie do tych z zewnętrzną lokalizacją, wykazują wyższy poziom funkcjonowania adaptacyjnego, są również bardziej odpowiedzialne za swoje zdrowie, unikają sytuacji niebezpiecznych i mogących zakończyć się wypadkiem. Wkładają oni również więcej wysiłku w to, by ochronić własną osobę od urazów fizycznych i chorób a także aktywnie poszukują informacji o opiece zdrowotnej. Osoby z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia są również bardziej uwrażliwione na sygnały płynące z ich ciała a w sytuacji choroby wybierają takie formy leczenia, które umożliwią im kontrolowanie sytuacji i aktywizację własnych zasobów [9]. Osoby z wewnętrzną lokalizacją kontroli czują się bardziej odpowiedzialne za własne zdrowie, w związku z czym podejmują codzienne działania prozdrowotne i stosują zdrowe nawyki żywieniowe, z kolei osoby z zewnętrzną lokalizacją systematycznie zgłaszają się do lekarza i przestrzegają zaleceń lekarskich [7]. Przewlekła

choroba, zwłaszcza o trudnym przebiegu może modyfikować umiejscowienie kontroli zdrowia, sprawia że osoba najczęściej przestaje wierzyć we własne możliwości wpływu na stan swojego zdrowia, oddając większą odpowiedzialność za nie innym osobom, głównie personelowi medycznemu [7, 10].

## CEL

Przedstawiane badania miały za zadanie ocenę lokalizacji kontroli zdrowia, stanu wiedzy na temat ChAD oraz postrzegania czynników sprzyjających powrotowi do zdrowia w grupie pacjentów cierpiących na zaburzenia afektywne dwubiegunowe. Głównym celem było także określenie powiązań pomiędzy lokalizacją kontroli zdrowia a pozostałymi zmiennymi.

## METODY

Badaniem objęto pacjentów szpitali psychiatrycznych w Lublinie i Wrocławiu (N=32). Kwalifikowano wyłącznie osoby z rozpoznaniem choroby afektywnej dwubiegunowej (F 31 według kryteriów diagnostycznych ICD-10), u których choroba trwa co najmniej 3 lata, a więc miały możliwość zgromadzenia informacji o chorobie, doświadczeń i obserwacji, jak przebiega choroba w ich wypadku oraz umiejętności radzenia sobie z nią. Stan zdrowia pacjentów w momencie prowadzenia spotkania z osobami badającymi, oceniony przez lekarza psychiatrę, pozwalał na udział w badaniu – brak objawów głębokiej depresji i manii, brak zaburzeń poznawczych, zdolność do formułowania sądów na temat własnej osoby. Ponadto wykluczono osoby jednocześnie cierpiące na inne zaburzenia psychiczne lub choroby neurologiczne wiążące się z dysfunkcjami OUN, uzależnione od alkoholu lub środków psychoaktywnych, wykazujące symptomy procesu otępiennego lub uszkodzenia OUN oraz będące w trakcie leczenia elektrowstrząsami. Badani posiadali zdolność prawną do wyrażania zgody na wzięcie udziału w procedurze badawczej.

W badaniu wzięło udział 20 kobiet i 12 mężczyzn. Średnia wieku w badanej grupie wynosiła 51 lat (SD=12), najmłodszy uczestnik miał 31 lat, a najstarszy 77 lat. W badanej grupie średni wiek zachorowania wynosił 36 lat (SD=13), natomiast rozpoznanie choroby afektywnej dwubiegunowej następowało średnio po 4 latach od wystąpienia pierwszych objawów. Średni czas trwania choroby (od jej pierwszych

objawów) wynosił 15 lat (SD=7). Badani byli dotychczas hospitalizowani średnio 7 razy (SD=7).

Analiza danych socjodemograficznych wskazuje, że większość (68,8%) osób jest w związku małżeńskim lub konkubinacie, natomiast pozostałe są samotne. Większość osób zamieszkuje w miastach powyżej 100 tysięcy mieszkańców (62,5%), zdecydowanie mniej osób, pochodzi z miast o liczbie mieszkańców między 20 a 100 tysięcy (25%), natomiast najmniej osób zamieszkuje małe miasta do 20 tysięcy mieszkańców oraz na wsi – po 6,3%. Większość badanych (53,1%) ma wykształcenie średnie, nieco mniej (40,6%) wyższe, natomiast najmniejszy odsetek deklaruje wykształcenie podstawowe (6,3%). W badanej grupie 56,3% osób pozostaje aktywna zawodowo, pozostała część pozostaje bez pracy – korzysta z renty chorobowej ze względu na ChAD (21,9%), emerytury (12,5%) lub ma status osoby bezrobotnej (9,4%).

Do pomiaru przekonań na temat umiejscowienia kontroli zdrowia wykorzystano „Wielowymiarową skalę umiejscowienia kontroli zdrowia” (MHCL – wersja A) Wallston, Wallston i DeVillis, w polskiej adaptacji Juczyńskiego. MHCL jest skalą samoopisową. Badany ustosunkowuje się na sześciostopniowej skali do 18 stwierdzeń należących do 3 podskal. Wyniki oblicza się sumując punkty oddzielnie dla każdej z podskal. Osoba może uzyskać 6 do 36 punktów dla każdej podskali. Uzyskuje się w ten sposób 3 wskaźniki odpowiadające wymiarom umiejscowienia kontroli zdrowia: wewnętrznemu (W) – kontrola własnego zdrowia zależy ode mnie; wpływowi innych (I) – własne zdrowie zależy od działań innych osób, zwłaszcza personelu medycznego; przypadkowemu (P) – stan zdrowia jest konsekwencją układu czynników zewnętrznych, przypadku, losu czy też szczęścia. Im wyższy wynik, tym silniejsze jest przekonanie o wpływie danego czynnika na stan zdrowia osoby. Przewaga danego wymiaru wskazuje, jak osoba postrzega możliwości wpływania na stan zdrowia [7].

Pomiaru percepcji psychospołecznych czynników biorących udział w procesie leczenia dokonano korzystając z kwestionariusz czynników sprzyjających zdrowieniu w opracowaniu Sękowskiej-Pratkowskiej [11]. Kwestionariusz zawiera 76 pozycji, które badani ocenia na pięciostopniowej skali. Poszczególne stwierdzenia należą do 9 czynników: kwalifikacje formalne personelu medycznego (KFPM); cechy i postawy personelu medycznego (CiPPM); wsparcie emocjonalne (WSP.E); wsparcie informacyjne

(WSP.I); właściwości pacjenta (WŁ.P); zachowanie pacjenta w procesie leczenia (ZACH.P); warunki instytucjonalne (WAR.I); wsparcie rodziny (WSP.R); warunki socjalno-bytowe pacjenta (WAR.SBP).

Test wiedzy na temat ChAD zaczerpnięto z monografii *Zaburzenia afektywne dwubiegunowe* Basco [5]. Składa się on z dziesięciu pytań typu „prawda – fałsz”, odnoszących się do podstawowych informacji o chorobie, jej przebiegu oraz czynników pozytywnie i negatywnie wpływających na stan zdrowia pacjenta. Ponieważ pytania dotyczą zasadniczych kwestii związanych z chorobą, optymalną sytuacją z punktu widzenia procesu terapeutycznego jest, by osoba prawidłowo odpowiedziała na wszystkie pytania. Każda błędna odpowiedź wskazuje, jakich podstawowych informacji o zaburzeniu brakuje i jakie przekonania należy korygować. Wystarcz, jeśli pacjent uzyska 70% poprawnych odpowiedzi, daje to bowiem podstawę do twierdzenia, że ma odpowiednią wiedzę na temat choroby. Niższe wyniki świadczą o brakach w zakresie podstawowych informacji o chorobie i wskazują na potrzebę psychoedukacji.

## WYNIKI

### Umiejscowienie kontroli zdrowia

W badanej grupie najsilniej zaznacza się przekonanie, że na stan zdrowia osoby główny wpływ wywierają inne osoby (średnia,  $M=28,53$ ; odchylenie standard.,  $SD=5,03$ ). Mniejszą rolę w utrzymaniu dobrego stanu zdrowia przypisują własnym zachowaniom (wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia:  $M=21,66$ ;  $SD=6,70$ ) a także przypadkowi, czy innym czynnikom zewnętrznym (wpływ przypadku:  $M=22,75$ ;  $SD=6,64$ ). Przewaga wpływu innych osób nad pozostałymi wymiarami lokalizacji kontroli zdrowia osiągnęła poziom istotności statystycznej (test T): dla Wt (31)=4,96;  $p\leq 0,001$  a dla Pt (31)=3,72;  $p\leq 0,001$ ).

### Wiedza na temat choroby afektywnej dwubiegunowej

Średni wynik badanej grupy w teście wiedzy na temat ChAD wyniósł 68,8% (rozpiętość: 40-100%,  $SD=16,8$ ). Uzyskane wyniki wskazują, iż ogólny poziom wiedzy jest przeciętny, niektóre kwestie są dla badanych trudne i ujawniają one błędne przekonania na temat swej choroby. Poszczególne stwierdzenia oraz stan wiedzy badanych na ich temat przedstawia tabl. 1.

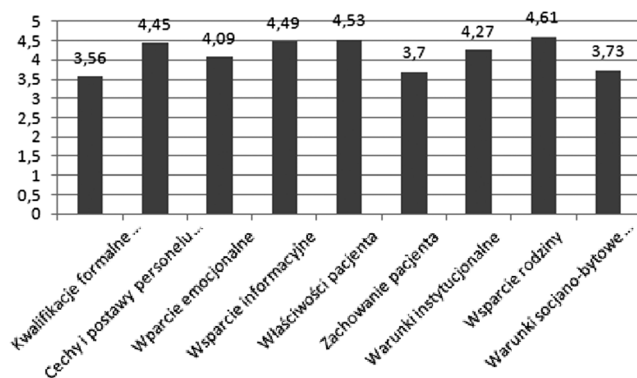
**Tabela 1.** Stan wiedzy na temat zaburzeń afektywnych dwubiegunowych w badanej grupie**Table 1.** Bipolar disorder knowledge test results in the group of examined patients

Stwierdzenia dotyczące choroby afektywnej dwubiegunowej	Poprawne odpowiedzi (%)
Zaburzenia afektywne dwubiegunowe mogą powodować zarówno manię, jak i depresję/prawda/	87,5
Mozna być w depresji i manii jednocześnie/prawda/	34,4
Leki są konieczne do opanowania objawów zaburzeń afektywnych dwubiegunowych/prawda/	96,9
Aby się dobrze czuć, wystarczy codziennie brać lekarstwa/fałsz/	56,3
Nie da się powstrzymać rozwoju depresji i manii, gdy się zaczyna/fałsz/	53,1
Niedobór snu może wywołać epizod maniakałny/prawda/	71,9
Aby radzić sobie z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi, trzeba zrezygnować z tego, co ekscytuje w życiu/fałsz/	46,9
Taka diagnoza zwykle oznacza, że trzeba zrezygnować z kariery zawodowej/fałsz/	71,9
Mogę samodzielnie poradzić sobie z chorobą. Nie potrzebuje pomocy/fałsz/	84,4
Nie mam zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. Lekarze się mylą/fałsz/	84,4

Najwięcej trudności sprawiło badanym stwierdzenie *Można być w depresji i manii jednocześnie*, wskazując na brak wiedzy badanych na temat stanów mieszanych w przebiegu ChAD. Nawet na podstawowe stwierdzenie (*Zaburzenia afektywne dwubiegunowe mogą powodować zarówno manię, jak i depresję*), na które odpowiedź wydaje się oczywista, część osób udzieliła niewłaściwej odpowiedzi.

### Percepcja czynników sprzyjających zdrowieniu

Badana grupa osób cierpiących na zaburzenia afektywne dwubiegunowe wysoko ocenia wszystkie brane pod uwagę czynniki. Doceniają ich rolę w procesie powrotu do zdrowia. Wyniki przedstawia ryc. 1.

**Rycina 1.** Percepcja czynników sprzyjających zdrowieniu**Fig. 1.** Perception of recovery aiding factors

Za najistotniejsze czynniki pomagające w procesie leczenia badani uznają wsparcie rodziny, cechy pacjenta, wsparcie informacyjne, cechy i postawy personelu medycznego.

### Umiejscowienie kontroli zdrowia a zmienne socjodemograficzne

Uzyskane wyniki wskazują na istotny pozytywny związek pomiędzy wpływem innych a wiekiem życia badanych i wiekiem, w którym zachorowali na ChAD. Z kolei wpływ przypadku istotnie ujemnie koreluje z wiekiem zachorowania (tabl. 2).

**Tabela 2.** Współczynniki korelacji Pearsona (r) pomiędzy wymiarami umiejscowienia kontroli zdrowia a zmiennymi socjodemograficznymi**Table 2.** Pearson's correlation coefficient (r) between the dimensions of health locus of control and socio-demographic variables

Zmienne	Umiejscowienie kontroli zdrowia		
	wewnętrzne	wpływ innych	przypadek
Wiek	-0,13	0,42*	-0,21
Wiek zachorowania	0,03	0,35*	-0,35*
Liczba hospitalizacji	-0,08	0,12	0,34

korelacja istotna na poziomie \*  $p \leq 0,05$

### Umiejscowienie kontroli zdrowia a wiedza o chorobie i percepcja czynników sprzyjających zdrowieniu

Wyniki wskazują na związek między wymiarami umiejscowienia kontroli zdrowia a wiedzą o ChAD i czynnikami sprzyjającymi zdrowieniu (tabl. 3).

**Tabela 3.** Współczynniki korelacji Pearsona (r) pomiędzy wymiarami umiejscowienia kontroli zdrowia a wynikami w teście wiedzy i Kwestionariuszu czynników sprzyjających zdrowieniu**Table 3.** Pearson's correlation coefficient (r) between the dimensions of health locus of control, results of the BD knowledge test and Factors Aiding Recovery Questionnaire

Wiedza i czynniki sprzyjające zdrowieniu	Umiejscowienie kontroli zdrowia		
	wewnętrzne	wpływ innych	przypadek
Wiedza na temat ChAD	-0,02	-0,44*	0,17
Czynniki sprzyjające zdrowieniu			
- właściwości pacjenta	-0,25	0,10	-0,37*
- zachowanie w procesie leczenia	0,18	0,22	-0,41*
- warunki socjalno-bytowe	0,10	0,34	-0,20
- wsparcie emocjonalne	-0,15	0,02	-0,38*
- wsparcie informacyjne	-0,19	0,02	-0,21
- wsparcie rodziny	-0,25	-0,10	-0,23
- warunki instytucjonalne	-0,20	0,01	-0,32
- kwalifikacje formalne personelu	0,18	0,36*	-0,21
- cechy i postawy personelu	-0,16	-0,04	-0,29

korelacja istotna na poziomie: \* $p \leq 0,05$

Wpływ innych wiąże się ujemnie z wiedzą na temat choroby oraz dodatnio z kwalifikacjami formalnymi personelu medycznego. Pozwala to stwierdzić, iż im silniejsze przekonanie osoby, że na stan jej zdrowia znaczący wpływ wywierają inne osoby, tym mniejszą posiada ona wiedzę na temat choroby oraz za bardziej istotne w procesie powrotu do zdrowia uznaje kwalifikacje formalne pracowników medycznych. Wpływ przypadku koreluje ujemnie z właściwościami pacjenta, zachowaniem pacjenta w procesie leczenia oraz wsparciem emocjonalnym. Pozwala to wnioskować, że im silniejsze przekonanie osoby wpływie czynników przypadkowych, tym jako mniej istotne w procesie powrotu do zdrowia uznaje własne cechy, przekonania i zachowanie, a także wsparcie emocjonalne ze strony innych osób.

## OMÓWIENIE WYNIKÓW

Umieszczenie kontroli zdrowia jest uogólnionym przekonaniem osoby dotyczącym wpływu na jej własne zdrowie [12]. Uważany jest za istotny czynnik pozwalający zrozumieć i przewidzieć zachowania zdrowotne osoby. Bywa również wykorzystywany w tworzeniu programów profilaktycznych i promocji zdrowia [13]. Wewnętrzna lokalizacja kontroli zdrowia częściej wiąże się z prowadzeniem zdrowego stylu życia, zapobieganiem chorobom oraz lepszym samopoczuciem fizycznym i psychicznym osoby. Z kolei przekonanie o zewnętrznym umiejscowieniu kontroli zdrowia pozwala przewidywać, że osoba będzie mniej zaangażowana w profilaktykę i bardziej skłonna do ryzykownych zachowań zdrowotnych [14, 15, 16].

W badanej grupie osób cierpiących na ChAD dominuje zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia – przekonanie, że o stanie chorego decydują przede wszystkim inne osoby. Można zatem przypuszczać, że badani oddają inicjatywę i odpowiedzialność za własne zdrowie głównie innym osobom, jednocześnie skrupulatnie stosując się do zaleceń lekarskich i wskazań dotyczących trybu życia z chorobą [17, 18]. Podobne rezultaty uzyskano w badaniach grup chorych na takie przewlekłe schorzenia somatyczne jak: stwardnienie rozsiane [19] choroba nowotworowa [8], Padaczka [20], schorzenia kardiologiczne [11, 21, 22]. Wydaje się więc, że w wymiarze lokalizacji kontroli zdrowia pacjenci z ChAD wyrażają podobne przekonania jak leczeni z powodu przewlekłych chorób somatycznych. Rezultaty badania Buhagiara i wsp. [23], którzy uzyskali zbliżony układ wyników w grupie osób chorych psychicznie (z kręgu schizo-

frenii i choroby afektywnej dwubiegunowej), wskazują z kolei, że tendencja do przekonania, że odpowiedzialność za zdrowie osoby leży po stronie innych wydaje się typowa zarówno dla pacjentów leczonych z powodu chorób psychicznych. W przypadku chorób przewlekłych, zarówno psychicznych, jak i somatycznych, przewaga wymiaru zewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia nad lokalizacją wewnętrzną interpretowana jest w dwojaki sposób. Uważa się, iż powodem tego zjawiska może być, fakt, że ludzie mający wewnętrzne umiejscowienie kontroli są bardziej skłonni dbać o własne zdrowie, np. szukać informacji na temat wzmocnienia i pielęgnacji zdrowia, przez co zachowują lepszą kondycję zarówno fizyczną, jak i psychiczną [7, 10, 24]. Druga interpretacja jest taka, że długotrwała, ciężka lub też nieuleczalna choroba zmienia umiejscowienie kontroli zdrowia u osoby chorej, zmusza ją do zwątpienia we własne siły i do większego zawierzenia lekarzom [10].

Przeświadczenie badanych, że zdrowie zależy w głównej mierze od działań innych osób, zwłaszcza personelu medycznego wiąże się z przekonaniem, że gwarancją powrotu do zdrowia są przede wszystkim działania profesjonalistów. Zależność ta zwiększa się wraz z wiekiem [7, 15]. Wyniki uzyskane przez badaną grupę zdają się potwierdzać, że im osoba jest starsza, tym bardziej zawierza specjalistom i oddaje odpowiedzialność za swoje zdrowie innym. Autorytet i zaufanie do służb medycznych można zatem wykorzystać szczególnie w pracy z pacjentem w starszym wieku.

Dominujące w badanej grupie przeświadczenie, że inni są odpowiedzialni za zdrowie osoby, znajduje odzwierciedlenie w stanie wiedzy na temat ChAD. Zaobserwować można, że pacjenci mają wiele błędnych przekonań, które mogą wręcz utrudnić proces powrotu do zdrowia. Badanym brakuje podstawowych informacji na temat możliwego przebiegu choroby, towarzyszących jej trudności oraz możliwości leczenia i funkcjonowania w codziennym życiu, mimo choroby. Warto tu jednak podkreślić, że personel medyczny, cieszący się dużym autorytetem u badanych ma możliwość modyfikowania błędnych przekonań pacjentów i kształtowania w nich właściwych postaw wobec choroby i leczenia, a przez to – podnosić jakość i skuteczność terapii. Rezultaty uzyskane przez Even i wsp. [25] wśród pacjentów z ChAD leczonych litem wskazują, że psychoedukacja dotycząca stosowanego leku i jego właściwości znacząco pozytywnie wpływa na przebieg choroby i zwiększa zaufanie do personelu medycznego. Wyniki badań Moshki i wsp. [26] pokazują z kolei, że programy profilaktyczne mogą znacząco wzmocnić

przewagę wewnętrzną lokalizacji kontroli zdrowia i zwiększyć ilość zachowań prozdrowotnych.

Badana grupa osób cierpiących na ChAD pomniejsza jednocześnie znaczenie wpływu własnej aktywności i zaangażowania w proces powrotu do zdrowia, poznania schorzenia i sposobów radzenia sobie z nim w codziennym życiu. Właściwość ta jest tym silniejsza, im osoba jest młodsza i im wcześniej zachorowała. Jest to sytuacja trudna z punktu widzenia pracy terapeutycznej z pacjentem, który nie dostrzega możliwości wpływu na swoje zdrowie, zarówno przez siebie, jak i przez innych. Przekonanie, że stan zdrowia jest wynikiem działania przypadkowych czynników wiąże się w badanej grupie z niższą oceną wartości osobistego zaangażowania w proces leczenia, skorzystania z takich zasobów indywidualnych jak cechy osobowości czy osobiste wartości i przekonania oraz z niższą oceną wsparcia emocjonalnego ze strony innych. Tymczasem zasoby osobiste i społeczne mogą odgrywać pozytywną rolę w walce z chorobą. Osoba świadoma pomocniczości różnorodnych czynników w procesie powrotu do zdrowia ma możliwość korzystania z szerokiej gamy zasobów, zarówno osobistych, jak i tkwiących w otoczeniu, w zależności od aktualnej sytuacji [27, 28, 29]. Jednocześnie jednak, jak wskazują wyniki badań Doherty'ego i wsp. [30], ważne jest, by udzielane wsparcie było zróżnicowane i adekwatne do potrzeb osoby i specyficznych wymagań, jakie stawia przed nią ChAD. Należy podkreślić, że możliwość dostępu do zasobów społecznych i ich wykorzystanie społecznych utrudniać może fakt, że pacjenci zmagający się z ChAD nie znajdują zrozumienia dla własnej choroby nawet wśród najbliższych członków rodziny. Doświadczają poczucia stygmatyzacji i wykluczenia ze względu na swoją chorobę w szerszym gronie społecznym, którego konsekwencją może być pogorszenie funkcjonowania w codziennym życiu. Aby skutecznie pomóc im w walce z chorobą wskazane byłoby uruchomienie szerokiej sieci wsparcia, którego elementem byłaby psychoedukacja i walka ze stereotypizacją chorych w społeczeństwie [31, 32, 33].

## WNIOSKI

1. W grupie pacjentów cierpiących na ChAD dominuje zewnętrzna lokalizacja kontroli zdrowia przejawiająca się przekonaniem, że na stan zdrowia osoby decydujący wpływ wywierają inne osoby.
2. Lokalizacja kontroli zdrowia ma inną strukturę w zależności od wieku badanych – starsi pacjen-

ci są bardziej skłonni zawierzać profesjonalistom i powierzać im odpowiedzialność za własne zdrowie. Im młodsze są natomiast osoby i im wcześniej pojawiły się u nich objawy choroby, tym bardziej wzmacnia się ich przekonanie, że zdrowie jest wynikiem działania przypadkowych, losowych czynników, co łączy się z mniejszym zaangażowaniem w procesie leczenia i poszukiwaniu wsparcia.

3. W grupie pacjentów cierpiących na ChAD umiejscowienie kontroli zdrowia może być czynnikiem modyfikującym zaangażowanie pacjenta w proces leczenia oraz postrzeganie przez niego zasobów mogących sprzyjać powrotowi do zdrowia. Zależność tę można wykorzystać planując oddziaływanie terapeutyczne.

## PISMIENNICTWO

1. Rybakowski J. Oblicza choroby maniakalno-depresyjnej. Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne; 2008.
2. Mączka G, Siwek M, Skalski M, Dudek D. Lekarze i pacjenci wobec choroby afektywnej dwubiegunowej – czy myślimy podobnie? *Psychiatria Polska*. 2009; 43 (3): 301-312.
3. Goodwin, G, Sachs G. Zaburzenia afektywne dwubiegunowe. Bielsko-Biała: Alfa-Medica Press; 2006.
4. Rybakowski J. Choroba afektywna dwubiegunowa–współczesne poglądy na leczenie. *Przewodnik Lekarza*. 2005; 4: 59-65.
5. Basco RM. Zaburzenia afektywne dwubiegunowe. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006.
6. Russell SJ, Browne JL. Staying well with bipolar disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2005; 39 (3): 187-193.
7. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2001.
8. Juczyński Z. Psychologiczne wyznaczniki zachowań zdrowotnych na przykładzie badań osób dorosłych. W: Łazowski J, Dolińska-Zygmunt G. red. Ku lepszemu funkcjonowaniu w zdrowiu i chorobie. Materiały z XIII Ogólnopolskiego Sympozjum Medycyny Psychosomatycznej i V Bałtyckiego Sympozjum Balintowskiego. Wrocław: Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu; 1997. s. 285-291.
9. Kirkcaldy BD, Siefen RG, Merbach M, Rutow N, Brähler E, Wittig U. A comparison of general and illness-related locus of control in Russians, ethnic German migrants and Germans. *Psychology, Health & Medicine*. 2007; 12 (3): 364-379.
10. Petruelytė A, Pileckaitė-Markovienė M, Lazdauskas T. Peculiarities of health control locus and sense of coherence among adults suffering from chronic diseases. *Psychologija*. 2007; 35: 32-41.
11. Sękowska-Pratkowska K. Osobowościowe uwarunkowania obrazu własnej choroby. Badania pacjentów kardiologicznych. Niepublikowana praca doktorska. Lublin: Instytut Psychologii KUL; 2006.
12. Wallston KA. The Validity of the Multidimensional Health Locus of Control Scales. *Journal of Health Psychology*. 2005; 10 (5): 623-631.
13. Malcarne VL, Drahotka A, Hamilton NA. Children's health-related locus of control beliefs: ethnicity, gender, and family income. *Children's Health Care*. 2005; 34 (1). 47-59.

14. Helmer SM, Krämer A, Mikolajczyk RT. Health-related locus of control and health behaviour among university students in North Rhine Westphalia, Germany. *BMC Research Notes*. 2012; 5 (1): 1-8.
15. Jacobs-Lawson JM, Waddell EL, Webb AK. Predictors of Health Locus of Control in Older Adults. *Current Psychology*. 2011; 30 (2): 173-183.
16. 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: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego; 2003. s. 49-61.
17. Janowski K, Kurpas D, Kusz J, Mroczek B, Jedynak T. Health Related Behavior, Profile of Health Locus of Control and Acceptance of Illness in Patients Suffering from Chronic Somatic Diseases. *PLoS ONE*. 2013; 8 (5): 1-8.
18. Kurowska K, Siekierska I. Akceptacja choroby a poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia u osób po usunięciu nerki z powodu nowotworu. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*. 2013; 2: 65-71.
19. Wrzesińska A, Opuchlik K, Kocur J. Ocena umiejscowienia kontroli zdrowia oraz poziomu poczucia własnej skuteczności i optymizmu u chorych na stwardnienie rozsiane. *Post Psychiatr Neurol*. 2008; 17 (4): 313-118.
20. Asadi-Pooya AA, Schilling CA, Glosser D, Tracy J, Sperling MR. Health locus of control in patients with epilepsy and its relationship to anxiety, depression, and seizure control. *Epilepsy & Behavior*. 2007; 11 (3): 347-350.
21. Opuchlik K, Wrzesińska M, Kocur J. Ocena poziomu stylów radzenia sobie ze stresem i poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia u osób z chorobą niedokrwienną serca i nadciśnieniem tętniczym. *Psychiatria Polska*. 2009; 43 (2): 235-245.
22. Rydlewska A, Krzysztofik J, Libergal J, Rybak A, Banasiak W, Ponikowski P, Jankowska EA. Health locus of control and the sense of self-efficacy in patients with: a pilot study. *Patient Preference & Adherence*. 2013; 7: 337-343.
23. Buhagiar K, Parsonage L, Osborn DPJ. Physical health behaviours and health locus of control in people with schizophrenia-spectrum disorder and bipolar disorder: a cross-sectional comparative study with people with nonpsychotic mental illness. *BMC Psychiatry*. 2011; 11 (1): 104-113.
24. Marcinkowska-Bachlińska M, Małecka-Panas E. Poczucie kontroli i strategię radzenia sobie z emocjami i dolegliwościami u chorych na chorobę refluksową. *Przewodnik Lekarza*. 2006; 9: 83-90.
25. Even C, Thuile J, Kalck-Stern M, Criquillion-Doulet S, Gorwood P, Rouillon F. Psychoeducation for patients with bipolar disorder receiving lithium: short and long term impact on locus of control and knowledge about lithium. *Journal Of Affective Disorders*. 2010; 123 (1-3): 299-302.
26. Moshki M, Amiri M, Khosravan S. Mental health promotion of Iranian university students: the effect of self-esteem and health locus of control. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2012; 19 (8): 715-721.
27. Proudfoot JG, Jayawant A, Whitton AE, Parker G, Manicavasagar V, Smith M, Nicholas J. Mechanisms underpinning effective peer support: a qualitative analysis of interactions between expert peers and patients newly-diagnosed with bipolar disorder. *BMC Psychiatry*. 2012; 12 (1): 196-206.
28. Poprawa R. Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem. W: Dolińska-Zygmunt G. red. *Elementy psychologii zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego; 1996. s.101-136.
29. Sęk H. Wsparcie społeczne jako kategoria zasobów i wieloznaczne funkcje wsparcia. W: Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. red. *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego; 2003. s. 17-32.
30. Doherty EF, Macgeorge EL. Perceptions of Supportive Behavior by Young Adults With Bipolar Disorder. *Qualitative Health Research*. 2013; 23 (3): 361-374.
31. Eidelman P, Gershon A, Kaplan K, McGlinchey E, Harvey AG. Social support and social strain in inter-episode bipolar disorder. *Bipolar Disorders*. 2012; 14: 628-640.
32. Cerit C, Filizer A, Tural Ü, Tufan AE. Stigma: a core factor on predicting functionality in bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2012; 53 (5): 484-9.
33. Elgie R, Morsell PM. Social functioning in bipolar patients: the perception and perspective of patients, relatives and advocacy organizations—a review. *Bipolar Disorders*. 2007; 9: 144-157.

*Nadeslano/Submitted: 29.07.2013. Zrecenzowano/Reviewed: 11.10.2013. Przyjęto/Accepted: 26.11.2013.*

*Adres/Address: mgr Beata Anna Kulig, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Al. Raclawickie 14, 20-950 Lublin, e-mail: beatakulig@onet.pl*