

Postrzeganie własnej choroby a poczucie odpowiedzialności za swoje zdrowie osób przewlekle chorych

Jarosław Sak¹, Mirosław Jarosz^{2,3}, Jerzy Mosiewicz⁴, Dariusz Sagan⁵, Michał Wiechetek⁶, Jakub Pawlikowski¹, Anna Włoszczak-Szubzda^{2,3}, Elżbieta Olszewska⁷

¹Zakład Etyki i Filozofii Człowieka, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

²Wydział Pedagogiki i Psychologii, Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie

³Zakład Informatyki i Statystyki Zdrowia, Instytut Medycyny Wsi w Lublinie

⁴Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Wydział Lekarski z Oddziałem Stomatologicznym, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

⁵Katedra i Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

⁶Zakład Psychologii Społecznej i Psychologii Religii, Wydział Nauk Społecznych, Katolicki Uniwersytet Lubelski, Lublin

⁷Zakład Chirurgii i Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Streszczenie

Wprowadzenie. Z perspektywy zdrowia publicznego bardzo istotnym zadaniem jest ustalanie związków pomiędzy postrzeganiem przez pacjentów własnej choroby a ich predyspozycjami do podejmowania zachowań prozdrowotnych. Ocenę gotowości do podejmowania takich zachowań umożliwia Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC).

Cel pracy. Celem pracy jest określenie sposobu postrzegania przez pacjenta jego własnej choroby oraz relacji tego obrazu do przekonań o odpowiedzialności za stan swojego zdrowia.

Materiał i metody. W badaniu udział wzięło 237 osób hospitalizowanych z powodu różnych schorzeń przewlekłych (122 kobiety i 115 mężczyzn). Do badania zostali włączeni pacjenci w przedziale wiekowym od 18 do 90 roku życia. Średnia wieku osób badanych wynosiła 59,22 (SD = 14,27). W badaniu zastosowano: Wielowymiarową Skalę Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC) autorstwa K. i B. Wallstonów oraz DeVellisa w polskiej adaptacji Z. Juczyńskiego oraz Skalę Wyobrażenia i Percepcji Choroby (IPIS) skonstruowaną przez J. Saka.

Wnioski. Osoby przewlekle chore leczone w warunkach szpitalnych postrzegają własną chorobę przede wszystkim przez pryzmat destrukcji sfery fizycznej. Pacjenci przejawiający większą odpowiedzialność za własne zdrowie postrzegają swoją chorobę jako mniej dolegliwą zwłaszcza w aspekcie utraty motywacji do ukierunkowanej aktywności oraz destrukcji sfery fizycznej. Przekonanie o braku możliwości wpływania na stan swojego zdrowia sprzyja postrzeganiu własnej choroby jako bardziej dolegliwej. Psychologiczna aktywizacja pacjentów i wzrost u nich przekonań o możliwości oddziaływania na własne zdrowie może wpływać korzystnie na optymalizację kosztów ponoszonych w ramach systemu opieki zdrowotnej na leczenie pacjentów z chorobami przewlekłymi.

Słowa kluczowe

zdrowie, umiejscowienie kontroli, choroba, postrzeganie, pacjenci

WPROWADZENIE

Współcześnie podkreśla się, w ramach psychologii zdrowia i choroby, potrzebę działań równoważących negatywne emocjonalnie dla pacjenta skutki technicyzacji i dehumanizacji w medycynie. Jednym ze sposobów przeciwdziałania tym negatywnym zjawiskom jest wysiłek badawczy ukierunkowany na odczytywanie znaczeń wiązanych przez pacjentów z sytuacją choroby. Znaczenia te, bowiem „rutynowo” funkcjonują w świadomości osób chorych, czego bardzo często lekarze nie są w stanie sobie uświadomić. Lekarz zajmuje się dolegliwościami pacjenta i sferą jego odczuć zgodnie z systemem znaczeń będącą funkcją wyszkolenia. Często abstrahuje on jednocześnie od niepokoju i lęku pacjenta, koncentrując się

na danych klinicznych, aby określić, jaki rodzaj medycznego działania może być w danym przypadku zastosowany. Dla lekarza dane kliniczne zwykle posiadają największe znaczenie. Dla pacjenta najczęściej znaczenia takiego nie mają, chyba, że pacjentem jest inny lekarz. Dane kliniczne stanowią dla lekarza fragment „wiedzy”, dla pacjenta są „kawałkiem informacji”, „newsem” [1]. Zaznacza się tu wyraźny dystans pomiędzy sferą znaczeń profesjonalnych a sferą znaczeń potocznych, a także pomiędzy celami nauki a potocznymi celami życiowymi. Jak podkreśla bowiem E. J. Cassell znaczenia, jakie dany pacjent przypisuje chorobie są zależne od „kolektywizacji znaczeń”, czyli zależności i uwarunkowań będących konieczną funkcją jego sytuacji biograficznej zwłaszcza w wymiarze społecznym i kulturowym. Pacjent jest zarówno tym, który doświadcza choroby, jak i tym, który ustala rozumienia znaczeń czerpiąc z własnych doświadczeń społecznych i przeżyć psychologicznych [2].

Należy podkreślić istotne znaczenie, jakie posiadają dla zdrowia publicznego współczesne badania z zakresu psychologii zdrowia i choroby. Zakresowo najszersze rozumienie psychologii zdrowia zakłada, wykorzystanie wiedzy psychologicznej do badania zagadnień zdrowia, choroby oraz systemu opieki medycznej i zdrowotnej. Psychologia zdrowia wykorzystuje między innymi metody i pojęcia z epidemiologii, fizjologii, antropologii medycznej, a także socjologii [3]. W zakresie tej dyscypliny naukowej obecnie wyróżnia się także „psychologię zdrowia publicznego” (a raczej „psychologię w zdrowiu publicznym”) jako jej subdyscyplinę [4]. Badanie rozumienia subiektywnie ukształtowanego obrazu choroby było celem autorów tworzących następujące skale: Illness Perception Questionnaire (IPQ), the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R), the Illness Cognition Questionnaire (ICQ) oraz the Meaning of Illness Questionnaire (MIQ) [5]. Skale te jednak nie pozwalają na porównywanie postrzegania choroby pomiędzy różnymi grupami osób, na przykład pomiędzy pacjentami a personelem medycznym. Na polskim gruncie opracowano narzędzie przystosowane do badań porównawczych, które jednocześnie pozwala badać postrzeganie przez pacjentów ich własnej choroby. Narzędziem tym jest Skala Wyobrażenia i Percepcji Choroby (Imagination and Perception of Illness Scale – IPIS) autorstwa J. Saka [6]. Skala ta wykorzystuje technikę dyferencjału semantycznego C. E. Osgooda. Współcześnie technika dyferencjału semantycznego jest często stosowana zarówno w badaniach nad zdrowiem i chorobą [7] jak i jakością postaw personelu medycznego wobec osób hospitalizowanych [8,9].

Z perspektywy psychologii w zdrowiu publicznym bardzo istotnym zadaniem jest ustalanie związków pomiędzy postrzeganiem przez pacjentów własnej choroby a ich predyspozycjami do podejmowania zachowań prozdrowotnych. Ocenę gotowości do podejmowania takich zachowań umożliwia Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (The Multidimensional Health Locus of Control Scale - MHLC). Skala ta stanowi przede wszystkim miernik przekonań o odpowiedzialności za własne zdrowie. Posiada ona, bowiem trzy wymiary. Wymiar wewnętrzny wyraża przekonania respondenta na temat ponoszenia odpowiedzialności za stan własnego zdrowia. Dwa pozostałe wymiary opisujące wpływ innych osób oraz zdarzeń przypadkowych na stan zdrowia osoby badanej sytuują się w opozycji do wymiaru wewnętrznego kontroli zdrowia. Wymiary kontroli zdrowia mogą mieć zastosowanie do badania indywidualnych różnic pomiędzy jakością życia pacjentów [10] oraz w badaniu akceptacji i realizacji zaleceń dietetycznych przez pacjentów chorych na cukrzycę [11]. Sugeruje się możliwość zastosowania skali MHLC w procesie edukacji zdrowotnej diabetyków [12].

CEL PRACY

Celem pracy jest określenie sposobu postrzegania przez pacjenta przewlekłe chorego jego własnej choroby oraz relacji tego obrazu do przekonań o odpowiedzialności za stan swojego zdrowia.

MATERIAŁ I METODA

Badanie zostało przeprowadzone od grudnia 2008 roku do kwietnia 2010. W badaniu udział wzięło 237 osób hospitalizowanych z powodu różnych schorzeń przewlekłych w Klinice Chorób Wewnętrznych oraz Klinice Chirurgii Klatki Piersiowej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

Wśród pacjentów włączonych do badania najliczniejszą grupę stanowiły osoby chorujące na cukrzycę typu 2 (134 osoby). W grupie badanej było również między innymi 30 pacjentów z rakiem płuca (potwierdzone rozpoznaniem histopatologicznym), 11 pacjentów z guzem płuca (bez ostatecznego rozpoznania histopatologicznego), 14 osób z niewydolnością krążenia oraz 16 pacjentów z chorobą niedokrwienną serca. Wszyscy chorowali na schorzenia przewlekłe od co najmniej 3 miesięcy. Badanie przeprowadzono w warunkach pełnej anonimowości, po uzyskaniu od każdego z pacjentów indywidualnej zgody na udział w badaniu. Przed rozpoczęciem procedury badawczej uzyskano również pozytywną opinię Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie.

W badaniu zastosowano dwa narzędzia badawcze:

1. Skalę Wyobrażenia i Percepcji Choroby (Imagination and Perception of Illness Scale – IPIS) skonstruowaną przez J. Saka [6].
2. *Wielowymiarową Skalę Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (The Multidimensional Health Locus of Control Scale – MHLC) autorstwa K. Wallstona, B. S. Wallston i R. DeVellis [13] w polskiej adaptacji Z. Juczyńskiego [14].*

Skala Wyobrażenia i Percepcji Choroby (Imagination and Perception of Illness Scale – IPIS) skonstruowana przez J. Saka, nawiązuje do techniki dyferencjału semantycznego. Wyodrębnione, w badaniach wcześniejszych, składowe skali IPIS opisują: utratę motywacji (8 pozycji), destrukcję sfery psychicznej (6 pozycji), destrukcję sfery fizycznej (8 pozycji), pesymizm (4 pozycje), zagrożenie dla otoczenia (3 pozycje), utratę kontroli (3 pozycje). Skala ta składa się z 32 przeciwstawnych określeń przeznaczonych do badania postrzegania i percepcji różnych jednostek chorobowych zarówno wśród osób zdrowych, jak i chorych. Ze względu na różne liczby pozycji tworzących poszczególne składowe skali zaproponowano wyrażanie wyników uzyskiwanych przez respondentów w postaci średniej arytmetycznej obliczanej osobno dla każdego z sześciu wyodrębnionych czynników. Siedmiostopniowa skala wyboru umieszczona pomiędzy cechami przeciwstawnymi jest zorientowana w sposób następujący: cyfra „0” oznacza zawsze wybór w maksymalnie pozytywnej cechy, cyfra „6” – wybór cechy maksymalnie negatywnej. Im wyższy, zatem wynik uzyskiwany w ramach danego czynnika, tym bardziej negatywne wyobrażenie lub percepcja choroby.

Kwestionariusz MHLC zarówno w wersji A, jak i B składa się z 18 stwierdzeń i pozwala na ocenę trzech zgeneralizowanych oczekiwań w aspekcie umiejscowienia kontroli nad zdrowiem. Oceniane są w sześciostopniowej skali typu Likerta: lokalizacja wewnętrzna kontroli zachowań zdrowotnych (Internal Health Locus of Control – IHLC, a także dwa typy kontroli zewnętrznej. W zakresie kontroli zewnętrznej skala MHLC diagnozuje przekonania osoby badanej co do wpływu na jej zdrowie innych osób – „wpływ innych” (Powerful Others Health Locus of Control – PHLC): np. personelu medycznego lub członków rodziny: *Swoje zdrowie mogę zachować jedynie konsultując się z lekarzem* oraz zdarzeń przy-

padkowych i zwykle nieokreślonych – „przypadek” (Chance Health Locus of Control – CHLC. Do każdego z tych trzech wymiarów przyporządkowanych jest 6 stwierdzeń ocenianych przez respondentów w sześciopunktowej skali Likerta. W badaniu zastosowano wersję B skali MHLC ze względu na lepsze, w adaptacji polskiej, względem wersji A, wskaźniki stałości, zaś obie wersje są uważane za równoważne [14].

Dane opracowano z wykorzystaniem programów statystycznych: Statistica 6.0 oraz SPSS 14.0. Zastosowano statyki opisowe (średnia arytmetyczna – M i odchylenie standardowe – SD), współczynnik korelacji r-Pearsona oraz testy nieparametryczne U Manna-Whitneya. Przyjęto poziom istotności $p=0,05$.

WYNIKI

Do badania zostali włączeni pacjenci w przedziale wiekowym od 18 do 90 roku życia. Średnia wieku osób badanych wynosiła 59,22 (SD = 14,27). Średni czas trwania choroby (od ustalenia rozpoznania przez lekarza) wyrażony w miesiącach wyniósł 69,63 miesiące (SD = 87,05). W tej grupie było tylko nieznacznie więcej kobiet – 51,5% (122 osoby) aniżeli mężczyzn 48,5% (115 osób).

Uzyskane dane poddano analizie w dwóch etapach. W pierwszym etapie obliczono statystyki opisowe dla skali IPIS uwzględniając całość osób badanych oraz z podziałem na płeć. Przy pomocy testu U-Manna Whitneya określona występowanie różnic w postrzeganiu własnej choroby pomiędzy kobietami i mężczyznami. Respondenci (traktowani jako cała grupa badana) uzyskali wynik wyższy od średniej teoretycznej dla zastosowanej skali jedynie w wymiarze opisującym własną chorobę jako tę, która prowadzi do destrukcji sfery fizycznej (M = 4,24; SD = 1,188). Rezultaty uzyskane w pozostałych miarach odnoszących się do motywacji w zakresie podejmowania ukierunkowanej aktywności (M = 3,29; SD = 1,159), negatywnego wpływu na sferę psychiczną (M = 3,12; SD = 1,420), a także pesymizmu (M = 3,14; SD = 1,462) plasują się nieco poniżej średniej teoretycznej dla skali siedmiopunktowej. Najniższy wynik badani otrzymali w dymensji charakteryzującej chorobę w kategoriach zagrożenia dla otoczenia (M = 0,73; SD = 1,277). Porównania w obrębie płci doprowadziły do wyodrębnienia tylko jednej statystycznie istotnej różnicy ($t = -1,976$; $p = 0,048$). Okazuje się, że kobiety (M = 0,55; SD = 1,088) postrzegają swoją chorobę jako o wiele mniej zagrażającą otoczeniu zewnętrznemu niż mężczyźni (M = 0,93; SD = 1,434) (Tab. 1).

W drugim etapie analizy wyników obliczono wartości korelacji r-Pearsona pomiędzy wymiarami skali IPIS a trzema czynnikami skali MHLC (Tab.2). W wyniku tego zidentyfikowano korelację o ujemnym kierunku zależności pomiędzy czynnikiem skali IPIS opisującym stopień utraty motywacji do ukierunkowanej aktywności pod wpływem własnej choroby a przekonaniem o odpowiedzialności za swoje zdrowie ($r = -0,201$; $p = 0,003$). Stwierdzono jednocześnie istnienie dodatniej korelacji pomiędzy tym samym wymiarem skali IPIS a przekonaniem o wpływie zdarzeń przypadkowych na stan zdrowia osoby przewlekle chorej ($r = 0,154$; $p = 0,024$).

Przekonanie o destrukcji sfery fizycznej powodowanej przez chorobę respondenta ujawniło ujemną zależność z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia ($r = -0,198$; $p = 0,004$). Warto również wspomnieć o dodatniej zależności na poziomie tendencji statystycznej pomiędzy również tym

Tabela 1. Różnice pomiędzy kobietami i mężczyznami w odniesieniu do postrzegania własnej choroby (skala IPIS)

Wymiary percepcji choroby (skala IPIS)	Pacjenci						Test U Manna-Whitneya	
	Pacjenci ogółem (N=237)		Kobiety (N=122)		Mężczyźni (N=115)		Z	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
Utrata motywacji	3,29	1,159	3,38	1,160	3,19	1,155	-1,229	0,219
Destrukcja sfery psychicznej	3,12	1,420	3,11	1,420	3,13	1,428	-0,128	0,898
Destrukcja sfery fizycznej	4,24	1,188	4,24	1,187	4,24	1,195	-0,008	0,993
Pesymizm	3,14	1,462	3,20	1,469	3,07	1,458	-0,542	0,588
Zagrożenie dla otoczenia	0,73	1,277	0,55*	1,088	0,93*	1,434	-1,976	0,048
Utrata kontroli nad chorobą	2,41	1,393	2,45	1,359	2,36	1,434	-0,782	0,434

* $p < 0,05$

wymiarem postrzegania własnej choroby a przypadkiem w skali MHLC (CHLC: $r = 0,122$; $p = 0,073$). Stwierdzono również istnienie korelacji, o dodatnim kierunku zależności pomiędzy przekonaniem o wpływie zdarzeń przypadkowych na stan zdrowia osoby badanej a odczuciem pesymizmu indukowanego przez chorobę ($r = 0,205$; $p = 0,002$). Odnotować należy również ujemne zależności na poziomie tendencji statystycznej pomiędzy wewnętrzną kontrolą zdrowia według skali MHLC a przekonaniem o utracie motywacji do ukierunkowanej aktywności oraz o utracie kontroli nad chorobą.

Tabela 2. Współczynniki korelacji r-Pearsona pomiędzy czynnikami skali IPIS dla „Moja choroba” a skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC) w grupie pacjentów przewlekle chorych

Wymiary percepcji choroby (skala IPIS)	Wewnętrzna kontrola zachowań zdrowotnych (IHLC)		Wpływ innych na zdrowie (PHLC)		Wpływ zdarzeń przypadkowych na zdrowie (CHLC)	
	r	p	r	p	r	p
	Utrata motywacji	-0,201(**)	0,003	-0,013	0,849	0,154(*)
Destrukcja sfery psychicznej	-0,117	0,089	0,009	0,897	0,080	0,240
Destrukcja sfery fizycznej	-0,198(**)	0,004	0,045	0,510	0,122	0,073
Pesymizm	0,031	0,658	-0,022	0,752	0,205(**)	0,002
Zagrożenie dla otoczenia	0,023	0,734	-0,042	0,537	0,043	0,530
Utrata kontroli nad chorobą	-0,114	0,099	0,018	0,797	0,091	0,181

** $p < 0,01$, * $p < 0,05$

DYSKUSJA

Zastosowana technika dyferencjału semantycznego w badaniu percepcji własnej choroby pozwala stwierdzić, że pacjenci postrzegają wielowymiarowo ten podstawowy problem swojej egzystencji. Skala Wyobrażenia i Percepcji Choroby (IPIS) ujawnia, że osoby leczone w warunkach szpitalnych postrzegają własną chorobę przez pryzmat destrukcji sfery fizycznej. Wymiar ten dominuje nad odczuciem utraty moty-

wacji i destrukcji sfery psychicznej. Może to stanowić pewną wskazówkę dla personelu lekarskiego odnośnie projektowania struktury informacji, jaką przekazuje się pacjentowi o jego stanie zdrowia. W badaniach przeprowadzanych skalą IPQ (Illness Perception Questionnaire) wśród pacjentów chorych na cukrzycę dominowało przekonanie o nieuchronnej długotrwałości ich choroby [15]. Warto jednak zauważyć, że kwestionariusz IPQ nie daje możliwości porównywania percepcji choroby na płaszczyźnie wyznaczonej przez relację sfery psychicznej do sfery fizycznej człowieka chorego.

Analiza korelacji pomiędzy trzema czynnikami skali MHLC a wymiarami postrzegania choroby według skali IPIS ujawniła interesujące zależności. W procesie wnioskowania uwzględnić należy to, że kontrola wewnętrzna w skali MHLC wyraża przekonanie o stopniu odpowiedzialności osoby badanej za własne zdrowie. Im respondent uzyskuje wyższe wyniki w tym czynniku przejawia większe przekonanie, że to od jego działań zależy stan jego zdrowia. Czynniki opisujące natomiast wpływ zdarzeń przypadkowych odzwierciedla przekonanie pacjenta o jego bezradności wobec możliwości wpływania na stan swojego zdrowia. Należy, zatem wnioskować, że te osoby przewlekle chore, które są przekonane o tym, że w dużym stopniu od ich własnej aktywności zależy ich stan zdrowia korzystnie postrzegają własną chorobę. Wniosek ten jest tym bardziej prawdopodobny, że uzyskana dodatnie zależności pomiędzy postrzeganiem własnej choroby jako dolegliwej a przekonaniem o wpływie zdarzeń przypadkowych na zdrowie osób przewlekle chorych.

Psychologiczne nastawienie na aktywność prozdrowotną sprzyja, zatem postrzeganiu własnej choroby jako stanu mniej dolegliwego. Takie nastawienie pacjenta przewlekle chorego stwarza korzystniejsze warunki do współpracy, w warunkach szpitalnych, z personelem medycznym umożliwiając lepsze efekty terapeutyczne. Zidentyfikowane zależności mogą mieć istotne znaczenie w projektowaniu programów z zakresu profilaktyki drugorzędowej dla osób przewlekle chorych. Być może psychologiczna aktywizacja pacjentów i wzrost u nich przekonania o możliwości wpływania na własne zdrowie zoptymalizuje koszty ponoszone w ramach systemu opieki zdrowotnej na leczenie pacjentów z chorobami przewlekłymi.

WNIOSKI

Uzyskane wyniki badań własnych i analiza piśmiennictwa pozwalają na wyciągnięcie następujących wniosków:

1. Osoby przewlekle chore leczone w warunkach szpitalnych postrzegają własną chorobę przede wszystkim przez pryzmat destrukcji sfery fizycznej
2. Pacjenci przejawiający większą odpowiedzialność za własne zdrowie postrzegają swoją chorobę jako mniej dolegliwą

zwłaszcza w aspekcie utraty motywacji do ukierunkowanej aktywności oraz destrukcji sfery fizycznej.

3. Przekonanie o braku możliwości wpływania na stan swojego zdrowia sprzyja postrzeganiu własnej choroby jako bardziej dolegliwej.
4. Psychologiczna aktywizacja pacjentów i wzrost u nich przekonania o możliwości oddziaływania na własne zdrowie może wpływać korzystnie na optymalizację kosztów ponoszonych w ramach systemu opieki zdrowotnej na leczenie pacjentów z chorobami przewlekłymi.

PIŚMIENNICTWO

1. Toombs KS. The Meaning of Illness. A Phenomenological Account of the Different Perspectives of Physician and Patient. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 2003: p.16-19.
2. Cassell EJ. The subjective in clinical judgment. In Engelhardt H.T.Jr. (ed.). Clinical Judgment: A Critical Appraisal. Dordrecht: D. Reidel; 1979: p. 202.
3. Sheridan Ch L, Radmacher S A. Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia; 1998: p. 33-36.
4. Hepworth J. Public health psychology: A conceptual and practical framework. J Health Psychol. 2004;9(1):41-54.
5. Maas M, Taal E, van der Linden S, Boonen A. A review of instruments to assess illness representations in patients with rheumatic disease. Ann Rheum Dis 2009;68:305-309.
6. Sak J, Wiechetek M, Mosiewicz J, Sagan D. et al. Percepcja własnej choroby a poczucie sensu życia – badanie osób hospitalizowanych. W: Janowski K, Gierus J. (Red.). Człowiek chory – aspekty biopsychosocjalne. Lublin: Centrum Psychologii i Pomocy Psychologicznej; 2009;1: p. 322-333.
7. Karoly P, Ruhlman L. Affective meaning and depression: a semantic differential analysis. Cogn Ther Res 1983;7:41-50.
8. Lilja L, Ordell M, Dahl A, Hellzen O. Judging the other: psychiatric nurses' attitudes towards identified inpatients as measured by the semantic differential technique. J Psychiatr Ment Health Nurs 2004;11:546-53.
9. Hellzen M, Lind I, Dahl A, Hellzen O. Psychiatric nurses' attitudes towards identified inpatients as measured by the semantic differential technique. Scand J Caring Sci 2005;19:12-19.
10. Pucheu S, Consoli SM, D'Auzac C, Francois P, Issad B. Do health casual attributions and coping strategies act as moderators of quality of life in peritoneal dialysis patients? J Psychosomatic Res 2004;56:317.
11. O'Hea EL, Grothe KB, Bodenlos JS, Boudreaux ED, White MA, Brantley PJ. Predicting medical regimen adherence: the interactions of health locus of control beliefs. J Health Psychol 2005;10:705-717.
12. Basińska MA, Zalewska-Rydzkowska D, Junik R, Skibicka M. Przewidywanie stosowania się do zaleceń dietetycznych przez chorych na cukrzycę typu 1 – związek z umiejscowieniem kontroli zdrowia. Diabetologia Praktyczna 2007;8(11):419-424.
13. Wallston KA, Wallston BS, DeVellis RF. Development of the Multidimensional Health LOC (MHLC) Scales. Health Educ Monogr 1978;6:160.
14. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2001: p. 79-86.
15. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The Brief Illness Perception Questionnaire. J Psychosomatic Res 2006;60:631-637.

Self-perception and sense of responsibility for own health among chronically-ill patients

Abstract

Introduction. From the aspect of public health, the determination of the relationships between the perception by patients of own disease and their predisposal for undertaking healthy promoting behaviours is a very important task. The Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC) enables evaluation of readiness for undertaking such behaviours.

Objective. The objective of the study was determination of the way of patient self-perception of own disease, and the relation of this image to the beliefs concerning responsibility for their own health.

Material and methods. The study covered 237 patients hospitalized due to various chronic diseases (115 males and 122 females). Patients aged from 18-90 were enrolled in the study; mean age 59.22 (SD = 14.27). The Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC) by K. Wallston K, B. Wallston B, and R. DeVellis was applied; Polish adaptation by Z. Juczyński, and the Imagination and Perception of Illness Scale (IPIS) by J. Sak.

Conclusions: Chronically-ill patients treated in hospital conditions perceive their own disease primarily through the prism of the destruction of the physical sphere. Patients who show a greater responsibility for own health perceive their disease as less bothersome, especially from the aspect of the loss of motivation for the biased activity and destruction of the physical sphere. The belief concerning the lack of a possibility to influence own health favours the perception of own disease as more afflictive. Psychological activation of patients and increasing their convictions about possibilities to exert an effect on own health may positively affect the optimization of the costs borne within the system of health care for the treatment of patients with chronic diseases.

Key words

health, health locus, disease, perception, patients