

# FUNKCJONOWANIE CHOREGO Z BIAŁACZKĄ A AKCEPTACJA CHOROBY NOWOTWOROWEJ

THE FUNCTIONING OF A PATIENT WITH LEUKAEMIA  
AND THE ACCEPTANCE OF NEOPLASTIC DISEASE

Grażyna Wiraszka<sup>1</sup>, Barbara Lelonek<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Zakład Profilaktyki Chorób Układu Nerwowego, Instytut Zdrowia Publicznego  
Kierownik Zakładu: prof. zw. dr hab. n. med. Janusz Wendorff

<sup>2</sup> Zakład Onkologii i Pielęgniarstwa Onkologicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa  
Kierownik Zakładu: prof. nazw. dr hab. n. med. Stanisław Bień

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach

## STRESZCZENIE

Celem podjętych badań była próba oceny poziomu przystosowania się do choroby nowotworowej oraz poszukiwanie zależności pomiędzy funkcjonowaniem pacjenta i samooceną stanu zdrowia a stopniem akceptacji choroby. Badaniami objęto 110 pacjentów hospitalizowanych z powodu białaczki. W pracy wykorzystano metodę wywiadu oraz Skalę Akceptacji Choroby – AIS (Acceptance of Illness Scale). Analiza statystyczna materiału badawczego wykazała, że ogólny wskaźnik akceptacji choroby w badanej grupie zawierał się w punktacji przedziału średniego, a lepiej przystosowują się do choroby nowotworowej chorzy funkcjonujący samodzielnie ( $p < 0,01$ ), deklarujący samodzielność w sytuacjach trudnych ( $p < 0,001$ ) oraz z niskim poczuciem choroby ( $p < 0,01$ ). Uzyskane wyniki badań wskazują na potrzebę podejmowania w profesjonalnej opiece pielęgniarskiej działań ukierunkowanych na uzyskiwanie przez chorych z białaczką samodzielności w życiu codziennym oraz w zakresie radzenia sobie z problemami wynikającymi z choroby i jej leczenia.

**Słowa kluczowe:** funkcjonowanie, białaczka, akceptacja choroby nowotworowej.

## SUMMARY

The aim of the research was to make an attempt to assess the level of patient's adaptation to cancer as well as the search for the relationship between patient's functioning and his/her self-assessment of health condition and the degree of illness acceptance. The research was conducted on a group of 110 patients hospitalized because of leukaemia. In research work the method of survey and AIS (Acceptance of Illness Scale) were used. The statistical analysis of the research material showed that the general index of illness acceptance in tested group was within an average range of score. It also proved that the adaptation to cancer was better in patients functioning independently ( $p < 0,01$ ), declaring self-reliance in difficult situations ( $p < 0,001$ ) and in those who had low feeling of the illness ( $p < 0,01$ ). The results of the research show that in professional nursing there is a need to take action oriented at gaining self-reliance in everyday life by patients with leukaemia as well as dealing with the problems resulting from their illness and its treatment.

**Key words:** functioning, leukaemia, acceptance of neoplastic disease.

Choroby nowotworowe stanowią niejednorodną grupę schorzeń pod względem obrazu klinicznego, co wiąże się z różnym rokowaniem. Zajmują drugie miejsce pod względem zachorowań w populacji polskiej. Przewiduje się, że na nowotwór złośliwy zachoruje co czwarty Polak, a co piąty umrze z tego powodu. Częstość zachorowań na białaczkę szacuje się na 8-10 zachorowań na 100 tysięcy mieszkańców [1].

Każda choroba, a zwłaszcza choroba spostrzegana jako nieuleczalna, powoduje trudności związane z przystosowaniem się do niej. Adaptacja do choroby nowotworowej to problem radzenia sobie z samą cho-

robą i jej bezpośrednimi konsekwencjami, takimi jak ból czy złe samopoczucie. W dłuższej perspektywie wiąże się z koniecznością poradzenia sobie ze zmianami w jakości życia, jakie wywołała choroba [2, 3, 4]. Wymaga zatem akceptacji nowych okoliczności związanych z sytuacją choroby oraz zmian, jakie dokonały się w obszarze osobistym, a także społeczno-zawodowym jednostki. Jest procesem odbywającym się w dwóch płaszczyznach – płaszczyźnie emocji oraz płaszczyźnie poznawczo-behawioralnej i jest działaniem nastawionym na przywracanie samemu sobie dobrego samopoczucia [4].

Celem niniejszej pracy była próba określenia czy funkcjonowanie chorych rozpatrywane w zakresie samodzielności w życiu codziennym i radzeniu sobie w sytuacjach trudnych oraz samoocena stanu zdrowia i akceptacji leczenia wpływają na akceptację choroby nowotworowej.

## MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badania przeprowadzono w miesiącach marzec 2003 – grudzień 2004 wśród pacjentów hospitalizowanych z powodu białaczki (ostrej i przewlekłej) w Oddziale Onkohematologii Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach. W badaniach, które były dobrowolne i anonimowe, wzięło udział 120 pacjentów. Po odrzuceniu ankiet posiadających braki w udzielonych odpowiedziach, ostateczną grupę badawczą stanowiło 110 chorych, wśród których 65,4% badanych było w okresie powyżej 5 miesięcy od chwili zdiagnozowania choroby.

W badaniach wykorzystano kwestionariusz wywiadu uwzględniający m.in.: dane społeczno-demograficzne oraz związane z leczeniem i sytuacją chorego, a także Skalę Akceptacji Choroby – AIS (Acceptance of Illness Scale). Skala ta została skonstruowana przez B. J. Felton, T. A. Revensson i G. A. Hinrichsen z Center for Community Research and Action, Department of Psychology, New York University w 1984 roku. Do warunków polskich została zaadaptowana przez Juczynskiego i udostępniona za zgodą autora [5].

Skala AIS zawiera osiem stwierdzeń opisujących negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia w zakresie oceny ograniczeń narzuconych przez chorobę, braku samowystarczalności, poczucia zależności od innych i obniżonego poczucia własnej wartości. W każdym stwierdzeniu badany pacjent określał swój aktualny stan w skali pięciostopniowej, od 1 – zdecydowanie zgadzam się, do 5 – zdecydowanie nie zgadzam się. Zdecydowana zgoda (ocena 1) wyraża złe przystosowanie do choroby, natomiast zdecydowany brak zgody (ocena 5) oznacza akceptację choroby. Ogólną miarą stopnia akceptacji choroby jest suma wszystkich punktów, a jej zakres mieści się w obszarze od 8 do 40 punktów. Niski wynik oznacza brak akceptacji i przystosowania się do choroby oraz silne poczucie dyskomfortu psychicznego, wysoki wynik świadczy o akceptacji własnego stanu chorobowego i przejawia się brakiem negatywnych emocji związanych z chorobą [5].

Właściwości psychometryczne skali AIS są zadowalające. Wskaźnik rzetelności *alfa* Cronbacha wykorzystanej w badaniach polskiej wersji wynosi 0,85 i jest zbliżony do rzetelności wersji oryginalnej, dla której *alfa* Cronbacha wynosi 0,82 [5].

## WYNIKI BADAŃ

Wśród badanej grupy chorych z białaczką kobiety stanowiły 54,5% (60 osób), mężczyźni 45,5% (50 osób). Wiek badanych chorych był zróżnicowany i wahał się od 20 do 75 lat. Średnia wieku w grupie osób chorych wynosiła  $\bar{x}=53,4$ , przy odchyleniu standardowym wieku rzędu  $SD=14,1$  lat. Blisko połowa badanych chorych (52 osoby, tj. 47,3%) jako miejsce swojego zamieszkania wskazywała wieś i małą osadę, niewiele mniej (41 osób, tj. 37,3%) wymieniało małe miasto, a tylko 17 osób (15,5%) było mieszkańcami dużych miast. Badania wykazały, że 68,2% chorych (75 osób) pozostawało w związku małżeńskim, pozostała grupa badanych (35 osób, co stanowi 31,8%) była stanu wolnego. W grupie osób samotnych 17,3% (19 osób) badanych nigdy nie zawarło związku małżeńskiego, natomiast 14,5% (16 osób) stanowili wdowcy (wdowy) bądź rozwiedzeni. Dane te przedstawia tabela 1.

Badania wykazały, że najwięcej chorych miało wykształcenie średnie (72 osoby, tj. 65,5%), następnie dużą grupę stanowili chorzy z wykształceniem podstawowym (27 osób, co stanowi 24,5%), najmniej liczną grupą byli badani z wykształceniem wyższym (11 osób, co stanowi 10%). Zdecydowana większość badanych była zawodowo bierna. Aż 69,1% (76 osób) stanowili renciści bądź emeryci, 10% (11 osób) posiadało status osoby bezrobotnej. Mimo choroby aktywność zawodową lub kontynuowanie nauki deklarowało 7,3% badanych (8 osób), 13,6% (15 osób) było czynnych zawodowo, ale w chwili badania przebywali na zwolnieniu lekarskim.

Podstawą oceny stopnia akceptacji choroby, jak również dyskomfortu psychicznego były wyniki badań uzyskane za pomocą Kwestionariusza AIS. Suma wszystkich uzyskanych punktów, będąca miarą stopnia akceptacji choroby w badanej grupie mieściła się w przedziale od 8 do 40 punktów. Biorąc pod uwagę rozpiętość uzyskanej punktacji, wyodrębniono 3 stopnie akceptacji choroby (jako podstawę biorąc przeciętne odchylenie od średniej wyników mierzone odchyleniem standardowym). Szczegółowe dane zawiera tabela 2, z której wynika, że ogólny wskaźnik akceptacji choroby nowotworowej w badanej grupie pacjentów wynosił  $\bar{x}=23,27$  przy odchyleniu standardowym  $SD=9,06$ . Najniższy wynik (8 pkt) uzyskało 6 osób (5,5% chorych), maksymalną liczbę punktów (40) osiągnęło 5 osób (4,5% chorych). Prawie ¼ badanych – 22,7% (25 osób) uzyskało niski poziom punktacji oznaczający brak przystosowania do choroby, natomiast 15,5% badanych (17 osób) uzyskało punktację zawierającą się w przedziale wysokiej, tym samym prezentowały akceptację własnego stanu chorobowego. Zdecydowanie przeważali chorzy ze średnim poziomem akceptacji choroby (61,8%).

Tabela 1. Dane socjodemograficzne badanych chorych z białaczką

Zmienna	Wskaźniki zmiennych	N	%
Wiek	Do 50 lat	40	36,0
	Powyżej 50 lat	70	64,0
Płeć	Kobieta	60	54,5
	Mężczyzna	50	45,5
Miejsce zamieszkania	Wieś, osada	52	47,3
	Małe miasto	41	37,3
	Duże miasto	17	15,5
Stan cywilny	Kawaler (panna)	19	17,3
	Żonaty (mężatka)	75	68,2
	Rozwiedziony(a), wdowiec(a)	16	14,5
	Separacja	-	-
Wykształcenie	Podstawowe	27	24,5
	Średnie	72	65,5
	Wyższe	11	10,0
Aktywność zawodowa	Zatrudniony lub uczeń (student)	8	7,3
	Bezrobotny	11	10,0
	Zatrudniony na L4	15	13,6
	Renta lub emerytura	76	69,1

Tabela 2. Stopień akceptacji choroby w grupie badanych

Przedziały skali AIS	Punktacja	N	%
Niski	8-14	25	22,7
Średni	15-32	68	61,8
Wysoki	33-40	17	15,5
Ogółem	-	110	100,0

Tabela 3. Średnie wartości poszczególnych stwierdzeń AIS w grupie badanych chorych z białaczką

AIS – stwierdzenie	$\bar{x}$	SD	Min	Max
Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę	2,74	1,65	1,00	5,00
Z powodu mojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię	2,43	1,67	1	5
Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny	3,42	1,58	1	5
Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę	2,41	1,65	1	5
Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół	3,48	1,61	1	5
Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem	3,22	1,67	1	5
Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być	2,44	1,66	1	5
Myszę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby	3,22	1,61	1	5

Tabela 4. Poziom akceptacji choroby (AIS) a funkcjonowanie w życiu codziennym

Funkcjonowanie pacjenta	N	$\bar{x}$	SD	Min	Max	F	IS
Samodzielny	84 (76,4%)	24,62	8,97	22,67	26,57	8,384	p<0,01
Zależny od innych	26 (23,6%)	18,92	8,06	15,67	22,18		

Tabela 5. Poziom akceptacji choroby (AIS) a deklarowane radzenie sobie w sytuacjach trudnych

Radzenie sobie w sytuacji trudnej	N	$\bar{x}$	SD	Min	Max	F	IS
Radzi sobie	57 (52%)	26,54	9,10	24,13	28,96	17,811	p<0,001
Wymaga wsparcia	53 (48%)	19,75	7,64	17,65	21,86		

Tabela 6. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby – AIS a samoocena stanu zdrowia badanych

Samoocena stanu zdrowia	N	$\bar{x}$	SD	Min	Max	F	IS
Brak poczucia choroby	28 (25,5%)	28,61	8,65	25,25	31,96	7,289	p<0,01
Poczucie choroby i akceptacja leczenia	65 (59%)	21,55	8,12	19,54	23,57		
Poczucie choroby, brak opinii o leczeniu	17 (15,5%)	21,06	10,09	15,87	26,25		

Średnie wartości poszczególnych stwierdzeń wchodzących w skład skali zawierały się w przedziale punktowym od 2,41 do 3,48 ( $\bar{x}=2,92$ ). Szczegółowe wyniki badań prezentuje tabela 3, która wskazuje, że chorzy szczególnie nisko oceniali ograniczenia wynikające z choroby, które są trudne do zaakceptowania ( $\bar{x}=2,74$ ), powodują zależność od innych ( $\bar{x}=2,41$ ) oraz niemożność wykonywania ulubionych czynności ( $\bar{x}=2,44$ ). Ponadto chorzy nie widzą nadziei na odzyskanie pełnej samowystarczalności ( $\bar{x}=2,44$ ).

Kolejny etap badań polegał na analizie związków pomiędzy stopniem akceptacji choroby a oceną poziomu samodzielności w codziennym funkcjonowaniu, a także deklarowanym sposobem radzenia sobie w sytuacjach trudnych.

Dane zawarte w tabeli 4 wskazują, że zdecydowana większość badanych (84 osoby – 76,4%) deklarowała się jako funkcjonujący samodzielnie, a jednocześnie prezentowała wyższy stopień akceptacji choroby ( $\bar{x}=24,62$ ;  $SD=8,97$ ) w porównaniu z chorymi wymagającymi pomocy innych w codziennym funkcjonowaniu ( $\bar{x}=18,92$ ;  $SD=8,06$ ). Analiza średnich wartości stopnia akceptacji choroby, wykorzystująca jednoczynnikową analizę wariancji, wykazała różnicę istotną statystycznie między rozpatrywanymi grupami badanych ( $F=8,384$ ;  $p<0,01$ ).

Kolejną rozpatrywaną zmienną w odniesieniu do poziomu akceptacji choroby był sposób radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Prezentuje to tabela 5, która

wskazuje, że 52% chorych (57 osób) radziło sobie samodzielnie w sytuacjach identyfikowanych jako trudne; pozostali (53 osoby, tj. 48%) oczekiwali rady i wsparcia od bliskich, przyjaciół czy znajomych. Nikt z badanych chorych nie poddawał się i nie rozpacział z powodu choroby. Zdecydowanie wyższy wskaźnik akceptacji choroby, plasujący się powyżej średniej arytmetycznej ( $\bar{x}=23,27$ ;  $SD=9,06$ ), uzyskali badani, którzy w sytuacjach identyfikowanych jako trudne radzili sobie sami i samodzielnie podejmowali decyzje ( $\bar{x}=26,54$ ;  $SD=9,10$ ), w porównaniu do chorych wymagających pomocy i wsparcia ( $\bar{x}=19,75$ ;  $SD=7,64$ ). Analiza średnich wartości z wykorzystaniem jednoczynnikowej analizy wariancji wykazała różnicę istotną statystycznie między analizowanymi grupami badanych pacjentów ( $F=17,811$ ;  $p<0,001$ ).

Celem głębszej analizy dotyczącej funkcjonowania w chorobie zbadano także samoocenę dotyczącą stanu zdrowia badanych. Szczegółowe dane zawiera tabela 6, z której wynika, że 65 badanych pacjentów (59,0%) w chwili przeprowadzania badań czuło się chorymi i akceptowało aktualnie stosowane leczenie, 17 osób (15,5%) miało poczucie choroby, ale nie miało jednoznacznej opinii o leczeniu, 28 pacjentów (25,5%) nie miało poczucia choroby. Badając związek pomiędzy poczuciem choroby a stopniem jej akceptacji, zauważono, że zdecydowanie wyższy stopień akceptacji choroby prezentowali pacjenci, którzy w chwili badania nie czuli się chorymi ( $\bar{x}=28,61$ ;  $SD=8,65$ ). Natomiast

pacjenci mający poczucie choroby, zarówno akceptujący leczenie, jak i niemający jednoznacznej opinii o leczeniu, prezentowali zdecydowanie niższy stopień akceptacji choroby (odpowiednio:  $\bar{x}=21,55$ ;  $SD=8,12$  i  $\bar{x}=21,06$ ;  $SD=10,09$ ). Różnica ta okazała się istotna statystycznie ( $F=7,289$ ;  $p<0,01$ ).

## OMÓWIENIE WYNIKÓW

Choroba nowotworowa obejmuje wszystkie aspekty ludzkiego funkcjonowania, zarówno sferę fizyczną, obszar psychosocjalny, jak i duchowy [6]. To wielkie wyzwanie dla chorego manifestujące się różnorodnością postaw i stwarzające problemy z przystosowaniem się do niej. Najbardziej pożądaną jest akceptacja choroby przejawiająca się gotowością do akceptacji siebie w roli chorego, roli, którą trzeba pełnić do końca życia [7]. Akceptacja choroby stwarza poczucie bezpieczeństwa, zmniejsza nasilenie negatywnych reakcji i emocji związanych z chorobą, zmniejszając tym samym poczucie dyskomfortu psychicznego.

Ogólny wskaźnik akceptacji choroby w badanej grupie pacjentów chorujących na białaczkę wyniósł  $\bar{x}=23,27$  ( $SD=9,06$ ) i był niższy od wyników badań uzyskanych przez Juczyńskiego [5] dla chorych leczonych z powodu raka sutka i macicy ( $\bar{x}=28,13$ ;  $SD=7,60$ ), a na poziomie porównywalnym dla osób leczonych z powodu cukrzycy ( $\bar{x}=24,81$ ;  $SD=7,09$ ) oraz pacjentów z SM ( $\bar{x}=24,59$ ;  $SD=7,20$ ). Porównywalny średni wynik ( $\bar{x}=24,70$ ) uzyskali też H. Marmurowska-Michałowska i wsp. [8] dla pacjentów chorujących na schizofrenię paranoidalną zaliczonych do grupy dobrze współpracujących (z potwierdzonym systematycznym leczeniem w ciągu co najmniej ostatnich 2 lat). Wyższe wyniki uzyskali również Felton, Revensson i Hinrichsen [5] w dwóch różnych badaniach przeprowadzonych wśród 151 chorych przewlekle (nadciśnienie, cukrzyca, artretyzm, choroba nowotworowa), gdzie średnie wartości wynosiły:  $\bar{x}=28,08$ ;  $SD=5,60$  oraz  $\bar{x}=28,48$ ;  $SD=5,92$ .

Uzyskanie niższego stopnia akceptacji choroby w badaniach własnych może mieć związek z rokowaniem w białaczkach, uważanych nadal za chorobę nieuleczalną, gdzie częstość remisji jest odwrotnie proporcjonalna do wieku, a podjęcie terapii nawet we wczesnych stadiach choroby nie wpływa na wydłużenie okresu przeżycia [9, 10]. Należy jednak zaznaczyć, że największą grupę respondentów stanowili chorzy przystosowujący się do sytuacji choroby nowotworowej względnie dobrze – 61,8%, uzyskując punktację w granicach średniej, a akceptacja choroby w stopniu bardzo dobrym dotyczyła 15,5% badanych, co znajduje potwierdzenie w literaturze przedmiotu [11].

De Walden-Gałuszko, rozpatrując adaptację w kategorii zadaniowej, wskazuje na dwa cele adaptacji: pierwszy to poradzenie sobie z problemami choroby, natomiast drugi to poradzenie sobie ze zmianami w jakości życia wywołanymi przez chorobę [3, 11, 1, 4]. Uciążliwości choroby nowotworowej, spowodowane wielokrotną hospitalizacją, a także chemioterapią, prowadzą do różnorodnych zaburzeń zarówno w sferze somatycznej, jak i społecznej i sprawiają, że chorzy stopniowo tracą zdolność do samodzielnego wykonywania czynności życiowych. Z przeprowadzonych badań własnych wynika, iż chorzy wymagający pomocy innych, nieradzący sobie samodzielnie w życiu codziennym, to grupa osób uzyskująca zdecydowanie niższy ( $\bar{x}=18,92$ ;  $SD=8,06$ ) wskaźnik akceptacji choroby, oznaczający brak przystosowania do sytuacji choroby, roli chorego i co za tym idzie przejawiający silne poczucie dyskomfortu psychicznego. Jak pokazują badania Caus i wsp. [12], największym problemem pacjentów z chorobą nowotworową jest zależność od personelu medycznego, a także zmiana relacji między pacjentem a jego bliskimi. Badania przeprowadzone wśród pacjentów oddziału radioterapii [13] potwierdzają, iż co prawda choroba zmienia zakres obowiązków w rodzinie, ale nie ujmuje ich jednakże osobie chorej, co bez wątpienia ma wpływ na poczucie bycia potrzebnym i samowystarczalnym.

W bezpośrednim związku z wyżej wymienionymi badaniami pozostają wyniki badań własnych poruszających problematykę sposobu radzenia sobie w sytuacjach trudnych, jaką bez wątpienia jest choroba nowotworowa. Zdecydowanie wyższy wskaźnik akceptacji choroby, plasujący się powyżej średniej ( $\bar{x}=23,27$ ;  $SD=9,06$ ) potwierdzający lepsze przystosowanie do choroby, uzyskali badani radzący sobie samodzielnie w sytuacjach identyfikowanych jako trudne ( $\bar{x}=26,54$ ;  $SD=9,10$ ). Podejście pacjenta do choroby jest także sprawą niezwykle ważną. Czynnikiem mającym wpływ na satysfakcję z życia jest samoocena stanu zdrowia. Przeprowadzone badania pozwalają zauważyć, że najwyższy stopień akceptacji choroby ( $\bar{x}=28,61$ ;  $SD=8,65$ ), wykraczający zdecydowanie poza uzyskaną średnią arytmetyczną, prezentowali chorzy, którzy w trakcie badania nie czuli się chorymi. Pacjenci odczuwający dolegliwości somatyczne deklarowali zdecydowanie niższy stopień akceptacji choroby ( $\bar{x}=21,55$ ;  $SD=8,12$  i  $\bar{x}=21,06$ ;  $SD=10,09$ ), prezentując tym samym gorsze przystosowanie do zmiany sytuacji życiowej poddyktowanej przez trwający proces chorobowy.

Badania przeprowadzone przez Majkovicza i wsp. [14] w grupie chorych na schorzenia nowotworowe, w tym także na białaczkę, pokazały, że osoby oceniające swój stan fizyczny jako zły w sensie dolegliwości somatycznych oraz sprawności fizycznej różnią się poziomem przystosowania emocjonalnego. Pewien

wpływ na te zróżnicowane reakcje emocjonalne ma stopień zaawansowania choroby. Większość chorych (ok. 2/3) przystosowuje się dość dobrze do wcześniejszych etapów choroby, w miarę zaawansowania choroby rośnie odsetek pacjentów gorzej przystosowanych emocjonalnie. U 1/3 pacjentów w ostatnim okresie choroby dochodzi do akceptacji takiego stanu, jaki jest w rzeczywistości, pozostali w czasie trwania choroby nie zaadaptowali się do sytuacji choroby w sposób zadowalający, reagując tym samym przewlekłym stresem czy zespołem dezadaptacyjnym.

Przeprowadzona analiza badań wskazuje, że ograniczenia i trudności w zakresie funkcjonowania utrudniają adaptację do choroby nowotworowej. Samodzielność i niezależność w sytuacjach życia codziennego oraz sytuacjach trudnych charakteryzują badanych chorych z białaczką prezentujących lepsze przystosowanie do choroby nowotworowej. Zatem pomoc i wsparcie w odzyskiwaniu niezależności i samodzielności może przyczynić się do łagodzenia negatywnych reakcji i emocji związanych z chorobą, zmniejszając tym samym poczucie dyskomfortu psychicznego i ułatwiając przywracanie choremu dobrego samopoczucia.

## WNIOSKI

1. W badanej grupie chorych na białaczkę dominuje średni stopień przystosowania do choroby.
2. Główne problemy chorych związane z akceptacją choroby dotyczą zależności od innych, niemożności podejmowania ulubionych czynności, trudności zaakceptowania ograniczeń spowodowanych chorobą oraz braku nadziei na odzyskanie pełnej samowystarczalności.
3. Chorzy funkcjonujący samodzielnie w życiu codziennym i w sytuacjach trudnych oraz deklarujący brak poczucia choroby lepiej przystosowują się do choroby nowotworowej, uzyskując wyższą punktację w skali AIS.
4. Podejmowanie w profesjonalnej opiece pielęgniarskiej działań ukierunkowanych na uzyskiwanie przez chorych z białaczką samodzielności w życiu codziennym oraz w zakresie radzenia sobie z problemami wynikającymi z choroby i jej leczenia może ułatwiać akceptację i przystosowanie do choroby nowotworowej.

## Adres do korespondencji:

dr n. med. Grażyna Wiraszka  
Instytut Zdrowia Publicznego  
Wydział Nauk o Zdrowiu UJK w Kielcach  
25-317 Kielce, Al. IX Wieków Kielc 19  
e-mail: wiraszka@pu.kielce.pl

## PIŚMIENNICTWO

- [1] De Walden-Gałuszko K, Kaptacz A (red.). Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
- [2] Juczyński Z, Chrystowska-Jabłońska B. Strategia radzenia sobie z chorobą nowotworową. *Psychoonkologia* 1999; 5: 3-9.
- [3] De Walden-Gałuszko K. Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotanatologii. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1992.
- [4] De Walden-Gałuszko K, Majkovicz M. Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994.
- [5] Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001.
- [6] Barraclough J. Rak i emocje. Praktyczny przewodnik po psychoonkologii. Wydawnictwo Medyczne SANMEDICA, Warszawa 1997.
- [7] Wrona-Polańska H. Zmiana samopercepcji w procesie adaptacji w chorobie o niepomyślnej prognozie. *Sztuka Leczenia* 1998; 4, 2: 67-75.
- [8] Marmurowska-Michałowska H, Dubas-Ślęmp A i wsp. Przystosowanie do choroby w grupie pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej – doniesienie wstępne. *Badania nad schizofrenią* 2004; 5: 324-329.
- [9] Hossfeld DK, Sherman CD, Love'a RR i wsp. Podręcznik onkologii klinicznej. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa-Kraków 1994.
- [10] Sułek K. Problemy hematologiczne w różnych specjalnościach lekarskich. PZWL, Warszawa 1991.
- [11] De Walden-Gałuszko K. U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi. Wydawnictwo Medyczne MAK med, Gdańsk 2000.
- [12] Caus I, Naworska B, Kamińska J i wsp. Psychospołeczne problemy pacjentów z chorobą nowotworową. *Annales UMCS, Sectio D Medicina* 2003; Vol. LVIII, Suppl. XIII: 172-179.
- [13] Lełonek B, Frankiewicz A. Wpływ choroby nowotworowej na funkcję pielęgnacyjno-opiekuńczą i emocjonalną rodziny. *Annales UMCS, Sectio D Medicina* 2007; Vol. LXII, Suppl. XVIII: 147-150.
- [14] Majkovicz M, Pankiewicz P, Zdun-Ryżewska A. Typy reakcji na chorobę nowotworową. *Annales UMCS, Sectio D Medicina* 2007; Vol. LXII, Suppl. XVIII: 310-316.