

POZIOM AKCEPTACJI CHOROBY OSÓB STARSZYCH ZAMIESZKUJĄCYCH W RÓŻNYCH ŚRODOWISKACH

THE LEVEL OF ACCEPTANCE OF ILLNESS AMONG ELDERLY PEOPLE LIVING
IN DIFFERENT ENVIRONMENTS

Małgorzata Kaczmarczyk

Zakład Pediatrii, Pielęgniarstwa Pediatrycznego i Społecznego, Instytut Pielęgniarstwa i Późnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach
Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Stanisław Zabielski

STRESZCZENIE

Choroby przewlekłe towarzyszą procesowi starzenia się. Akceptowanie stanu zdrowia wpływa na poziom aktywności i odczuwaną jakość życia. Celem przeprowadzonych badań było dokonanie oceny akceptacji choroby przez osoby starsze zamieszkujące w różnych środowiskach. Badania przeprowadzono w grupie 454 osób starszych w wieku 65 lat i więcej. W DPS przebywało 221 osób, a w środowisku domowym 233 osoby starsze. Wykorzystano standaryzowane narzędzie – Skalę Akceptacji Choroby (AIS). Analiza uzyskanych wyników wykazała niższą wartość średniej ($23,5 \pm 6,7$) wśród starszych mieszkańców DPS, w porównaniu z wartością średniej ($28,3 \pm 8,6$) starszych osób pozostających w środowisku domowym. Wniosek: Osoby starsze zamieszkujące w DPS wykazują niższy poziom akceptacji choroby w porównaniu z osobami starszymi zamieszkującymi w środowisku domowym.

Słowa kluczowe: ludzie starsi, choroby przewlekłe, akceptacja choroby.

SUMMARY

Chronic illnesses are part of the ageing process. The acceptance of one's medical condition influences the level of activity and perceptible quality of life. The aim of the research was to evaluate the acceptance of illness by elderly people living in different environments. The research was carried out in the group of 454 elderly people aged 65 and above. 221 people stayed in nursery homes and 233 people lived in homely environments. A standardized tool, i.e. the Acceptance of Illness Scale (AIS) was used. The analysis of the results showed a lower average value (23.5 ± 6.7) among the elderly residents of nursery homes in comparison with the average value (28.3 ± 8.6) for the elderly people living in homely environments. Conclusion: the elderly people living in nursery homes demonstrate a lower level of illness acceptance in comparison with the elderly people living in homely environments.

Key words: elderly people, chronic illnesses, acceptance of illness.

Postępującemu starzeniu się społeczeństwa polskiego, z ciągle wzrastającą liczbą osób dożywających późnej starości, towarzyszy występowanie licznych chorób przewlekłych. Ponad połowa populacji seniorów podlega starzeniu patologicznemu, charakteryzującemu się występowaniem licznych chorób, doprowadzających w kolejnych latach do trwałego upośledzenia funkcjonowania w życiu codziennym. Starość zwyczajna – z niewielkimi deficytami, ale bez widocznej patologii, diagnozowana jest u ok. 30% seniorów [1]. Natomiast starość pozytywna, prawidłowa, niezakłócona żadnymi problemami, bez chorób i deficytów funkcjonalnych jest przywilejem nielicznych. Przydarza się jedynie co 5–10 osobie [2].

Liczne publikacje naukowe donoszą, iż w okresie starzenia się i starości wzrasta zachorowalność na choroby

przewlekłe, które wpływają na poziom sprawności starszych ludzi. Do najczęściej wymienianych należą: choroby układu krążenia, układu oddechowego, nerwowego, kostno-stawowego oraz choroby metaboliczne [3–6].

Poziom akceptacji choroby ma istotny wpływ na przystosowanie się do ograniczeń narzuconych przez chorobę, zależności od innych osób oraz poczucie własnej wartości. Wymienione wyznaczniki wpływają na subiektywne poczucie jakości życia i wyznaczają poziom aktywności własnej. Ważne znaczenie w akceptacji swojego stanu zdrowia ma również miejsce zamieszkania osób starszych. Literatura przedmiotu opisuje różne aspekty funkcjonowania ludzi starszych przebywających w domach pomocy społecznej (DPS) [7–10]. Wydaje się więc konieczne pogłębienie wiedzy na temat funkcjonowania osób starszych pozostających w środowisku domowym.

CEL

Celem podjętych badań było dokonanie oceny przystosowania się do choroby i oceny akceptacji nie-sprawności wynikającej z towarzyszących procesowi starzenia się chorób przewlekłych w zależności od miejsca zamieszkania.

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono w 2007 roku w środowisku kieleckim wśród 454 osób w wieku 65 i więcej lat.

Grupę podstawową stanowiło 221 mieszkańców DPS w wieku 65 i więcej lat, charakteryzujących się brakiem stwierdzonych zaburzeń psychicznych (kryterium istotne ze względu na wybrane narzędzie badawcze wymagające dokonania samooceny w różnych aspektach funkcjonowania). Chętnych do wzięcia udziału w badaniach wybrano spośród podopiecznych trzech domów pomocy społecznej działających na terenie miasta Kielce. Były to: Dom Pomocy Społecznej im. Jana Pawła II, Dom Pomocy Społecznej im. Florentyny Malskiej, Dom Pomocy Społecznej w Kielcach przy ul. Jana III Sobieskiego.

Grupę porównawczą, zamieszkujejącą w środowisku domowym, wyłoniono spośród mieszkańców objętych opieką przez Samorządowy Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej (SZPOZ). Dla celów analizy porównawczej z grupą osób starszych zamieszkujejących w DPS badania przeprowadzono w zbliżonej liczebnie grupie 233 starszych mieszkańców środowiska domowego, spełniających kryterium wieku.

W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, która jest „sposobem gromadzenia wiedzy o przedmiotach strukturalnych i funkcjonalnych oraz dynamice zjawisk społecznych, opiniach i poglądach wybranych zbiorowości, nasilaniu się i kierunkach rozwoju określonych zjawisk, o wszelkich innych zjawiskach instytucjonalnie zlokalizowanych, rozpatrując dobraną grupę reprezentującą generację, w której badane zjawisko występuje” [11].

Informacje zbierano techniką wywiadu kwestionariuszowego, standaryzowanego, umożliwiającego uzyskanie jednolitych informacji.

W celu określenia stopnia akceptacji choroby wykorzystano Skalę Akceptacji Choroby (*Acceptance of Illness Scale – AIS*), skonstruowaną przez B. J. Felton i współpracowników (1984) z Center for Community Research and Action, Departament of Psychology, New York University, do warunków polskich zaadaptowaną przez prof. Z. Juczyńskiego. Skala zawiera osiem stwierdzeń opisujących negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia. „Konsekwencje te sprowadzają się do

uznania ograniczeń narzuconych przez chorobę, braku samowystarczalności, poczucia zależności od innych osób i obniżonego poczucia własnej wartości. Akceptacja choroby przejawia się w mniejszym nasileniu negatywnych reakcji i emocji związanych z aktualną chorobą” [12].

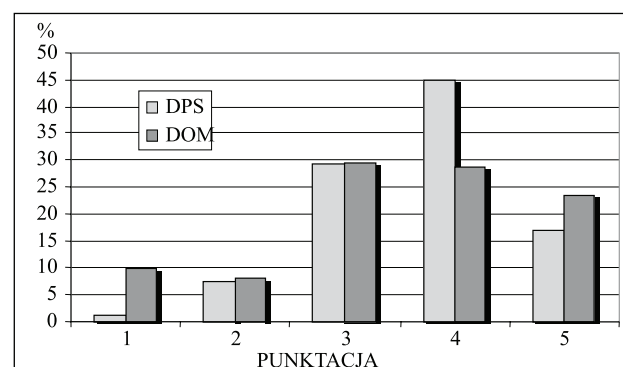
Wszystkie twierdzenia wyrażają określone trudności i ograniczenia spowodowane chorobą. Zdecydowana zgoda (ocena 1) wyraża złe przystosowanie do choroby, zdecydowany brak zgody (ocena 5) oznacza akceptację choroby. Suma wszystkich punktów jest ogólną miarą stopnia akceptacji swojej choroby, której zakres 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, co przejawia się brakiem negatywnych emocji związanych z chorobą [12].

WYNIKI

Dokonując oceny i porównania wyników średnich uzyskanych ze Skali AIS w grupie osób starszych zamieszkujejących w DPS oraz w środowisku rodzinnym, stwierdzono istotną różnicę $p < 0,001$ (średnia $23,5 \pm 6,7$ vs $28,3 \pm 8,6$; mediana 22, minimum 12, maksimum 40 vs mediana 29, minimum 8, maksimum 40) poziomu akceptacji choroby. Wykazano, że przebywanie w środowisku domowym sprzyja lepszej akceptacji choroby w porównaniu z pobytem w DPS.

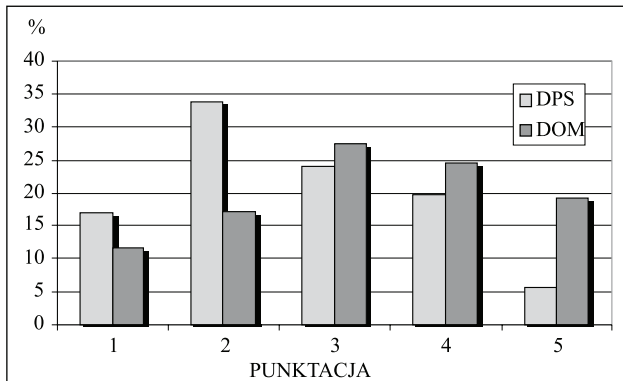
Pogłębiona analiza uzyskanych odpowiedzi pozwoliła na zdiagnozowanie stopnia akceptacji sformułowań zawartych w poszczególnych kategoriach skali AIS.

Na stwierdzenie „Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę” liczna grupa mieszkańców DPS wykazała lepszy poziom akceptowania ograniczeń z powodu choroby, niż osoby starsze pozostające w rodzinie (ryc. 1).



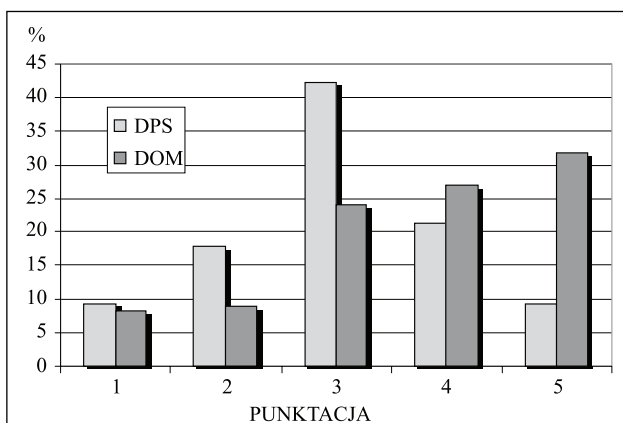
Rycina 1. Procentowe zestawienie udzielanych odpowiedzi na stwierdzenie: „Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę” przez osoby starsze zamieszkujejące w DPS oraz w środowisku domowym

W następnym stwierdzeniu: „Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię”, seniorzy pozostający w DPS wykazali większy stopień niezadowolenia ze swojego stanu zdrowia w porównaniu z osobami starszymi zamieszkującymi w rodzinie. Opisana sytuacja może doprowadzać do zmniejszenia aktywności i samodzielności osób zamieszkujących w DPS (ryc. 2).



Rycina 2. Procentowe zestawienie udzielanych odpowiedzi na stwierdzenie: „Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię” przez osoby starsze zamieszkujące w DPS oraz w środowisku domowym

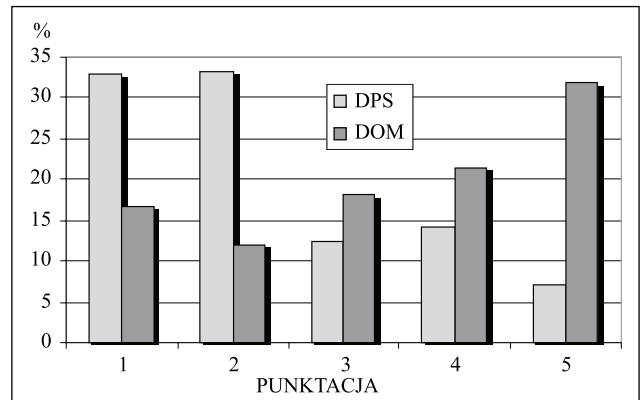
Odpowiedzi udzielone na stwierdzenie „Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny” wykazały, iż mieszkańcy DPS częściej odczuwają negatywne skutki choroby w porównaniu ze starszymi osobami pozostającymi w rodzinie (ryc. 3).



Rycina 3. Procentowe zestawienie udzielanych odpowiedzi na stwierdzenie: „Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny” przez osoby starsze zamieszkujące w DPS oraz w środowisku domowym

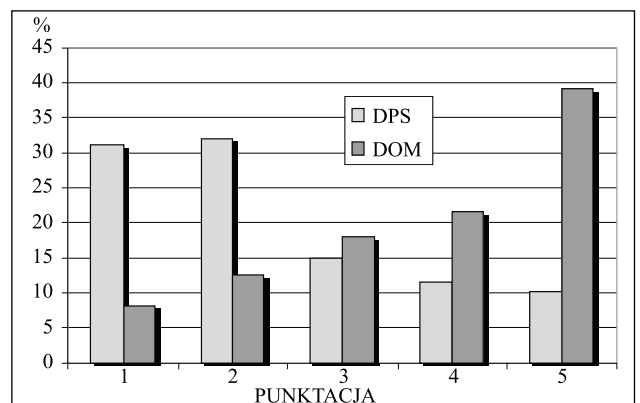
Kolejne stwierdzenie, wymagające odniesienia się do swojego stanu zdrowia, brzmiało „Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę”. Odpowiedzi wykazały wysoki stopień zależności mieszkańców DPS od opiekunów

w przeciwieństwie do starszych mieszkańców pozostających w środowisku domowym (ryc. 4).



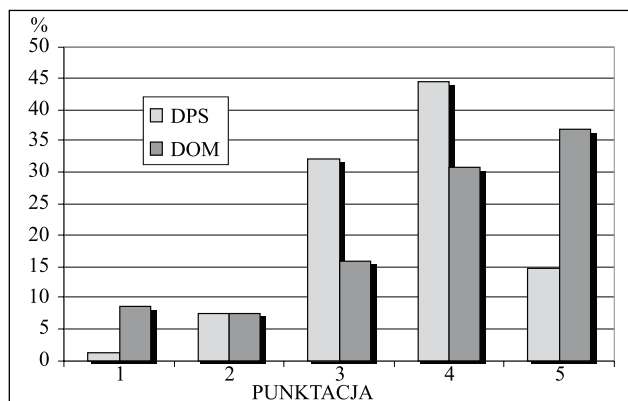
Rycina 4. Procentowe zestawienie udzielanych odpowiedzi na stwierdzenie „Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę” przez osoby starsze zamieszkujące w DPS oraz w środowisku domowym

W dalszej kolejności próbowano uzyskać odpowiedzi na stwierdzenie „Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół”. Szczegółowa analiza odpowiedzi udzielonych przez starszych mieszkańców DPS i osoby starsze pozostające w rodzinie wykazała, iż respondenci z grupy podstawowej uważali siebie za ciężar dla swoich bliskich znacznie częściej niż ankietowani z grupy porównawczej (ryc. 5).



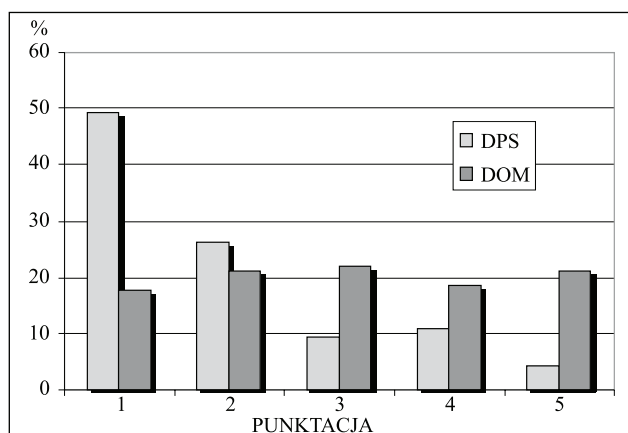
Rycina 5. Procentowe zestawienie udzielanych odpowiedzi na stwierdzenie „Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół” przez osoby starsze zamieszkujące w DPS oraz w środowisku domowym

Odpowiedzi na stwierdzenie: „Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem” uzyskane od seniorów zamieszkujących w DPS wykazały trudności z oceną własnej wartości, co przejawiało się w częstym wybieraniu punktacji 3. Natomiast wysokie poczucie własnej wartości deklarowało tylko 14,7% podopiecznych DPS, w przeciwieństwie do zamieszkujących w rodzinie, gdzie takich odpowiedzi udzieliło 36,9% starszych osób (ryc. 6).



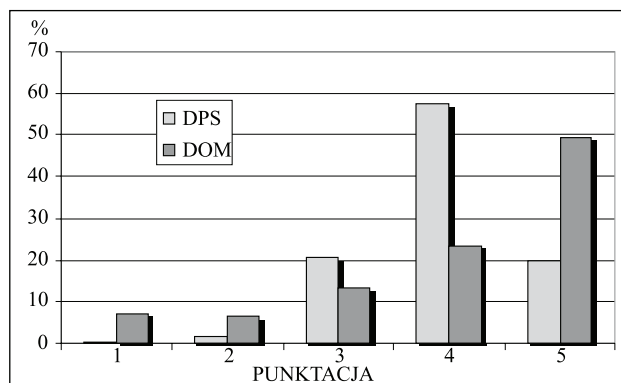
Rycina 6. Procentowe zestawienie udzielanych odpowiedzi na stwierdzenie „Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem” przez osoby starsze zamieszkujące w DPS oraz w środowisku domowym

Następne stwierdzenie, na które próbowano uzyskać informacje, brzmiało: „Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być”. Mieszkańcy DPS w porównaniu ze starszymi mieszkańcami pozostającymi w środowisku domowym udzielili najczęściej potwierdzających odpowiedzi na cytowane twierdzenie. Postawa taka może świadczyć o utracie wiary we własne możliwości podopiecznych DPS (ryc. 7).



Rycina 7. Procentowe zestawienie udzielanych odpowiedzi na stwierdzenie „Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być” przez osoby starsze zamieszkujące w DPS oraz w środowisku domowym

Wskazania respondentów uzyskane na ostatnie twierdzenie: „Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby” wykazały brak takich dylematów wśród zamieszkujących w DPS, w przeciwieństwie do osób starszych pozostających w środowisku rodzinnym (ryc. 8).



Rycina 8. Procentowe zestawienie udzielanych odpowiedzi na stwierdzenie: „Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby” przez osoby starsze zamieszkujące w DPS oraz w środowisku domowym

Uzyskany profil odpowiedzi na ostatnie twierdzenie od podopiecznych DPS może być spowodowany zarówno przebywaniem wśród starszych osób z podobnymi problemami zdrowotnymi i wśród tych samych opiekunów, jak i ograniczonym kontaktem ze środowiskiem zewnętrznym. Natomiast osoby starsze ze stwierdzonymi chorobami przewlekłymi pozostające w środowisku domowym, mający więcej kontaktów międzyludzkich, mogą częściej odczuwać dyskomfort z powodu ograniczeń narzuconych przez chorobę.

Uzyskana wartość średniej ($23,5 \pm 6,7$) skali AIS w grupie mieszkańców DPS jest niższa od wyników badań Z. Juczyńskiego, przeprowadzonych wśród pacjentów z chorobami przewlekłymi. W cytowanych badaniach chorzy dializowani uzyskali średnią wartość: $25,35 \pm 6,03$, chorzy ze stwardnieniem rozsianym: $24,59 \pm 7,20$, kobiety z rakiem sutka i macicy: $28,13 \pm 7,60$, a diabetycy: $24,81 \pm 7,09$. Jedynie pacjenci z przewlekłym bólem neurologicznym (neuropatia) i z bólami kręgosłupa uzyskali niższe wartości średnie ($18,46 \pm 7,05$ vs $20,51 \pm 8,74$) niż badana grupa seniorów z DPS [12]. Również inni autorzy, jak np. B. Kowalczyk-Sroka, B. Lelonek, M. Michalska, wykorzystujący skalę AIS do oceny akceptacji choroby wśród diabetyków, uzyskali wyższą wartość średnią niż badani starsi mieszkańcy DPS ($25,28 \pm 8,67$ vs $23,56 \pm 6,69$) [13]. Uzyskane wyniki upoważniają do stwierdzenia, że mieszkańcy DPS gorzej akceptują ograniczenia spowodowane procesem chorobowym niż starsze osoby zamieszkujące w środowisku rodzinnym, czego dowodzi szczegółowa analiza uzyskanych odpowiedzi.

WNIOSKI

1. Osoby starsze zamieszkujące w DPS wykazują niższy poziom akceptacji choroby w porównaniu z osobami starszymi zamieszkującymi w środowisku domowym.
2. Niski poziom akceptacji choroby wśród starszych mieszkańców DPS może wpływać negatywnie na poziom aktywności i odczuwaną jakość życia.
3. Wysokie wartości średnie skali AIS osób starszych pozostających w środowisku domowym sprzyjają pozytywnym postawom umożliwiającym utrzymanie sprawności i samodzielności.
4. Należy dążyć do tworzenia warunków sprzyjających jak najdłuższemu pozostawianiu osób starszych w środowisku domowym, nawet w sytuacji stwierdzonych deficytów czynnościowych, gdyż jest to miejsce stymulujące aktywność własną.

PIŚMIENNICTWO

- [1] Bień B. Sytuacja zdrowotna osób w podeszłym wieku. W: Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Red. T Grodzicki, J Kocemba, A Skalska. Wyd. Via Medica, Warszawa 2006; 42–46.
- [2] Bień B. Nie wolno ignorować starości. MPiP 2001; 1: 10–11.
- [3] Gębska-Kuczerowska A. Ocena zależności między aktywnością a stanem zdrowia ludzi w podeszłym wieku. *Przeg Epidemiol* 2002; 56: 471–477.
- [4] Car J, Sygutowski T, Gębska-Kuczerowska K, Wysocki JM. Epidemiologia niesprawności w podeszłym wieku. W: Samodzielność ludzi starych z perspektywy medycyny i polityki społecznej. Dotychczasowe

doświadczenia UE i Polski. Materiały konferencyjne. PTG Oddział Mazowiecki, Warszawa 2000; 47–52.

- [5] Muszaliak M, Kędzióra-Kornatowska K. Jakość życia a stan zdrowia. *MPiP* 2007; 5: 24–25.
- [6] Muszaliak M, Kędzióra-Kornatowska K. Jakość życia przewlekle chorych pacjentów w starszym wieku. *Gerontologia Polska* 2006; 14 (4): 185–189.
- [7] Bąbka J. Psychospołeczne aspekty przystosowania się osób starych do warunków życia w domu pomocy społecznej. W: Wybrane problemy osób starszych. Red. A Nowicka. Wyd. Impuls, Kraków 2006; 199–220.
- [8] Budzyńska-Kapczuk A. Ocena jakości życia podopiecznych objętych długoterminową opieką stacjonarną w mieście i powiecie ziemskim Biła Podlaska. *Gerontologia Polska* 2004; 12(1): 24–31.
- [9] Czerwiak G, Nowak-Starz G. Aktywność ruchowa osób przebywających w domu pomocy społecznej w Kielcach. W: Zarządzanie Zdrowiem Publicznym w obliczu zagrożeń cywilizacyjnych. Część II. Red. MD Głowacka. Wyd. WSKiZ, Poznań 200; 53–61.
- [10] Halicka M. Człowiek stary w instytucji opiekuńczej. Na przykładzie badań w domach pomocy społecznej na Podlasiu. W: Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich. Red. JT Kowalewski, P Szukalski. Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2006; 272–276.
- [11] Pilch T, Leparczyk I. Pedagogika społeczna. Wyd. Akademickie ŻAK, Warszawa 2003; 127.
- [12] Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001; 168–172.
- [13] Kowalczyk-Sroka B, Lelonek B, Michalska M. Jakość życia chorych na cukrzycę w aspekcie stopnia akceptacji choroby. W: *Ann. UMCS. Sect. D, Lublin* 2006; 60: (16) 3; 484–489.

Adres do korespondencji:

mgr Małgorzata Kaczmarczyk
Wydział Nauk o Zdrowiu UJK w Kielcach
25-317 Kielce, Al. IX Wieków Kielc 19
e-mail: mkaczmarczyk35@wp.pl