

PRZYSTOSOWANIE DO CHOROBY U PACJENTÓW LECZONYCH NA ODDZIALE CHIRURGICZNYM

ADJUSTMENT TO ILLNESS IN PATIENTS TREATED IN THE SURGERY WARD

Barbara Lelonek¹, Małgorzata Kaczmarczyk²

¹ Zakład Anatomii Prawidłowej i Funkcjonalnej, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach

Kierownik Zakładu: dr hab. n. med. Andrzej Fryczkowski

² Zakład Pediatrii i Pielęgniarstwa Pediatricznego i Społecznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach

Kierownik Zakładu: dr hab. prof. UJK Mieczysław Szalecki

STRESZCZENIE

W procesie przystosowania do choroby centralną rolę przypisuje się ocenie poznawczej, głównie zaś przekonaniom dotyczącym kontroli, głównym bowiem źródłem stresu na każdym etapie jest brak osobistej kontroli nad chorobą i leczeniem. Aby przystosować się do nowej, często nagłej sytuacji zdrowotnej spowodowanej chorobą i zmniejszyć poziom negatywnych emocji konieczna jest akceptacja siebie w roli chorego jak również ograniczeń związanych z zaistniałą sytuacją. Im większa akceptacja choroby, tym lepsze przystosowanie i mniejsze poczucie dyskomfortu psychicznego.

Celem pracy było określenie stopnia akceptacji choroby u pacjentów hospitalizowanych na oddziale chirurgicznym, jak również ustalenie czy stopień akceptacji choroby ma związek z cechami socjodemograficznymi badanych chorych, deklarowanym radzeniem sobie w sytuacji trudnej i aktualną samooceną stanu zdrowia.

Badania przeprowadzono wśród pacjentów hospitalizowanych na Oddziale Chirurgicznym Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach. Narzędziem badawczym był wywiad standaryzowany uwzględniający: cechy socjodemograficzne, sposób radzenia sobie w sytuacji trudnej, samoocenę stanu zdrowia, i Skala Akceptacji Choroby – AIS w adaptacji Zygrydy Juczyńskiego.

Analizę wyników badań kwestionariuszowych opracowano z odpowiedzi uzyskanych od 110 chorych. Badania pozwoliły na sformułowanie wniosków:

1. Chorzy prezentują średni stopień akceptacji choroby, przystosowując się względnie dobrze do sytuacji choroby.
2. Spośród czynników społeczno-demograficznych tylko w przypadku miejsca zamieszkania stwierdzono jego wyraźny związek ($p < 0,05$) ze stopniem akceptacji choroby. Chorzy żyjący w środowisku wiejskim i małych miasteczkach charakteryzują się niższym poziomem akceptacji choroby niż mieszkający w dużych miastach.
3. Najpoważniejszy problem z akceptacją choroby mają kobiety, ludzie młodzi, aktywni zawodowo, legitymujący się wykształceniem podstawowym.
4. Lepiej przystosowują się do sytuacji choroby pacjenci deklarujący samodzielność funkcjonowania w sytuacjach identyfikowanych przez siebie jako trudne.

Słowa kluczowe: akceptacja, cechy socjodemograficzne, pacjenci oddziału chirurgicznego, hospitalizacja.

SUMMARY

In the process of adjustment to illness the central role is ascribed to cognitive evaluation, but mainly to convictions regarding control, since the main source of stress in each stage is the lack of personal control over the illness and the treatment. In order to obtain adjustment to a new, and often sudden, health state caused by illness and decrease the level of negative emotions, acceptance is necessary of oneself in the role of the patient, as well as of limitations connected with the arisen situation. The greater the acceptance of illness, the better the adjustment and lesser the feeling of mental discomfort.

The aim of the research was to determine the degree of acceptance of illness in patients hospitalised in the Surgery Ward, as well as assertion whether the degree of acceptance of illness has a relation with socio-demographical characteristics of the examined patients, declared coping in a difficult situation and present self-assessment of the state of health.

The research was conducted amongst patients hospitalised in the Surgery Ward of the Wojewódzki Szpital Zespołony (Provincial Hospital Complex) in Kielce. The research tool was a standardised interview including: socio-demographical characteristics, the means of coping in a difficult situation, and a self-assessment of the state of health; and Z. Juczyński's adaptation of the Acceptance of Illness Scale (AIS).

Analysis of questionnaire research results was compiled from the answers obtained from 110 patients. The research allowed to formulate the conclusions:

1. Patients present a medium degree of acceptance of illness, adjusting fairly well to the state of illness.

2. Among socio-demographical factors, only in the case of place of residence was its clear relation ($p < 0.05$) with the degree of acceptance of illness stated. Patients living in a rural environment and small towns are characterised by a lower level of acceptance of illness than those living in big cities.
3. Women, and young people, professionally active, identifying with primary education have the most substantial problem with acceptance.
4. Patients declaring independence of functioning in situations identified by themselves as hard, adjust better to the state of illness.

Key words: acceptance, socio-demographical characteristics, patients of a surgery ward.

WSTĘP

Normą zdrowia żywego organizmu jest maksymalna możliwość przystosowania, a miarą adaptacji jest jej niezawodność [1]. Zagadnienia adaptacji wiążą się zatem ze zdrowiem jako normą i jego brakiem – chorobą.

W potocznym znaczeniu termin adaptacja określa przystosowanie, proces dostosowywania się osobnika czy populacji do środowiska, sprzyjający przetrwaniu. Adaptacja to zachowania, które umożliwiają optymalne funkcjonowanie [2].

Każda choroba stwarza problemy z przystosowaniem, budzi bowiem wiele reakcji emocjonalnych stających się częścią wyzwania, z którym pacjent musi sobie poradzić. Stanowi szczególnie rodzaj sytuacji stresowej, ponieważ działa jako stresor biologiczny, wpływając na czynność organizmu, oraz stresor psychiczny – wpływa zatem w sposób pośredni na stan psychiczny i funkcjonowanie człowieka. Choroba somatyczna zawiera wszystkie elementy charakterystyczne dla stresora psychicznego – posiada czynnik zagrożenia biologicznego i psychospołecznego, zakłóca realizację celów życiowych i stawianych zadań, uniemożliwia zaspakajanie różnorodnych potrzeb życiowych jednostki [3].

Zanim klinicyści będą w stanie zrozumieć emocjonalne reakcje pacjentów na chorobę, muszą najpierw poznać psychiczne wyzwania, jakie choroba i leczenie stawiają pacjentom. Pacjenci cierpiący na fobię odczuwają intensywny, irracjonalny lęk przed zastrzykami, krwawieniem lub zranieniem, których nigdy nie doświadczyli. Mówiąc bardziej ogólnie, wyzwania są wynikiem niepewności, jaką choroba wnosi w życie [4]. Odzwierciedla ona niepokój, co do przebiegu choroby i leczenia, lecz także wymuszonego kontaktu z nieznanymi osobami, zabiegami i środowiskiem. Nawet krótkotrwałe zabiegi pociągają za sobą długotrwałe skutki fizyczne lub psychiczne.

Sytuacja taka skłania przede wszystkim do zastanowienia się nad tym jak wygląda samopoczucie chorego i przystosowanie do choroby.

W obliczu zagrożenia zdrowia człowiek posługuje się różnorodnymi mechanizmami adaptacyjnymi,

które pomagają mu w podtrzymywaniu równowagi psychicznej. Przystosowanie jest zatem procesem lub rezultatem procesu, jakiemu podlega psychika człowieka w dążeniu do osiągnięcia równowagi między potrzebami psychicznymi a wymogami życia. Akceptacja roli chorego to proces zmian, którego celem jest przywrócenie równowagi funkcjonalnej i emocjonalnej oraz poczucia kontroli nad własnym życiem [5].

Akceptacja choroby stwarza poczucie bezpieczeństwa oraz zmniejsza nasilenie negatywnych reakcji i emocji związanych z chorobą. Im większa akceptacja choroby, tym lepsze przystosowanie i mniejsze poczucie dyskomfortu psychicznego [6].

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy było określenie stopnia akceptacji choroby u pacjentów hospitalizowanych na oddziale chirurgicznym, jak również ustalenie czy stopień akceptacji choroby ma związek z cechami socjodemograficznymi badanych chorych, deklarowanym radzeniem sobie w sytuacji trudnej i aktualną samooceną stanu zdrowia.

MATERIAŁ

Badania przeprowadzono wśród pacjentów leczonych zabiegowo na Klinicznym Oddziale Chirurgii Ogólnej Onkologicznej i Endokrynologicznej Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach. Najczęściej byli to chorzy operowani z powodu: zapalenia wyrostka robaczkowego, przepukliny, schorzeń tarczycy (nadczynność tarczycy) i pęcherzyka żółciowego (tj. kamica żółciowa, kamica przewodowa operowana metodą endoskopową). Podstawowym kryterium doboru pacjentów było pomyślne rokowanie, co do efektów leczenia. Badania były całkowicie dobrowolne i anonimowe, a uczestniczący w nich chorzy zostali poinformowani o ich celu.

W badaniach wzięło udział 117 pacjentów, przy czym analizę wyników badań kwestionariuszowych

opracowano z odpowiedzi 110 chorych. Siedmiu pacjentów nie odpowiedziało na wszystkie pytania zawarte w narzędziu badawczym.

METODA

W badaniach posługiwano się:

1. Wywiadem standaryzowanym uwzględniającym: cechy socjodemograficzne, sposób radzenia sobie w sytuacji trudnej, samoocenę stanu zdrowia.
2. Skalą Akceptacji Choroby – AIS (Acceptance of Illness Scale) skonstruowaną przez B. J. Felton, T. A. Revenson i G. A. Hinrichsen w 1984 roku w Stanach Zjednoczonych. Używana była przez autorów jako część wywiadu z pacjentem, służyła do oceny przystosowania się do choroby. Tłumaczenia, adaptacji oraz normalizacji polskiej wersji skali AIS dokonał Z. Juczyński w latach 1998–1999 w Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

Skala AIS zawiera osiem stwierdzeń opisujących konsekwencje złego stanu zdrowia. W każdym stwierdzeniu badany 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, zdecydowany zaś brak zgody (ocena 5) oznacza jej akceptację. Ogólną miarą stopnia akceptacji choroby jest suma uzyskanych punktów, a jej zakres mieści się w obszarze od 8,0 do 40,0 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 [6].

STATYSTYCZNA ANALIZA DANYCH

W analizie i prezentacji wyników zastosowano statystyczne mierniki struktury badanych zbiorowości: miary przeciętne i dyspersji. W przeprowadzonych analizach zastosowano test analizy wariancji F – Fischera-Snedocora.

W analizach statystycznych przyjęto poziom istotności $\alpha = 0,05$ (za istotne statystycznie przyjęto wartości statystyk, dla których dwustronne prawdopodobieństwo $p < \alpha$). Skalowanie zgodności wewnętrznej i analizę rzetelności narzędzi zastosowanych w badaniach dokonano przy pomocy współczynnika rzetelności *alfa* Cronbacha. Wskaźnik rzetelności *alfa*

Cronbacha obliczony dla skali AIS w badaniach własnych wyniósł 0,78.

WYNIKI BADAŃ

Charakterystyka badanej grupy

W badanej grupie podział ze względu na płeć był równy – 55 kobiet i 55 mężczyzn. Większość badanych (64,5%) stanowili chorzy w wieku do 50 lat. Rozpiętość wieku pacjentów zawierała się w przedziale od 18 do 76 lat. Średnia wieku wynosiła $\bar{x} = 46,1$ lat (przy odchyleniu standardowym $SD = 15,1$ lat).

Zdecydowaną większość (84 osoby, tj. 76,4%) stanowiły osoby pozostające w związku małżeńskim. Pozostała część badanych (26 osób, tj. 23,6%) była stanu wolnego przy czym: 17 osób (15,4%) nigdy nie zawierało związku małżeńskiego, a 9 osób (8,4%) stanowiły osoby owdowiałe lub rozwiedzeni.

Dominowały osoby z wykształceniem średnim (70 osób, tj. 63,6%); drugą grupę pod względem liczebności stanowili badani legitymujący się wykształceniem wyższym (21 osób, tj. 19,1%), porównywalną grupę stanowiły osoby z wykształceniem podstawowym (19 osób, tj. 17,3%).

Najliczniejszą grupę stanowiły osoby aktywne zawodowo (53 osoby, tj. 48,2%), przy czym zatrudnienie lub naukę deklarowało w chwili badania 30,0% (33 osoby), a na zwolnieniu L4 przebywało 18,2% (20 osób) badanych. Świadczenia emerytalne lub rentę otrzymywało 33,6% (37 osób), pozostałe 18,2% (20 osób) stanowili bezrobotni.

Połowa badanych (55 osób, tj. 50%) mieszkała w dużym mieście; niewiele mniej (43 osoby, tj. 39%), zamieszkiwało na wsi i w małych osadach, a 12 (11%) osób było mieszkańcami małych miasteczek.

Wśród badanych chorych 59% w sytuacjach trudnych radziło sobie samodzielnie; pozostali oczekiwali rady i wsparcia od bliskich, przyjaciół, znajomych. Nikt z badanych chorych nie poddawał się i nie rozpaczał z powodu choroby. Zdecydowana większość (75,5%) czuła się chora, jak również w pełni akceptowała zastosowany sposób leczenia, a tylko 10% chorych deklarowało brak poczucia choroby. Pozostali (14,5%) chorzy czuli się chorymi, nie mieli jednak jednoznacznej opinii na temat konieczności leczenia chirurgicznego.

Analiza stopnia akceptacji choroby

Podstawą oceny stopnia akceptacji choroby oraz dyskomfortu psychicznego były wyniki badań uzyskane za pomocą kwestionariusza Skali Akceptacji Choroby AIS w adaptacji Juczyńskiego [6].

Tabela 1. AIS – wskaźniki akceptacji choroby w badanej grupie

Stwierdzenie	Zdecydowanie zgadzam się				Zdecydowanie nie zgadzam się					
	1		2		3		4		5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę	39	35,5	14	12,7	15	13,6	17	15,5	25	22,7
Z powodu mojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię	47	42,7	14	12,7	11	10,0	11	10,0	27	24,5
Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny	16	14,5	11	10,0	11	10,0	9	8,2	63	57,3
Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę	31	28,2	18	16,4	19	17,3	8	7,3	34	30,9
Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół	15	13,6	14	12,7	15	13,6	6	5,5	60	54,5
Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem	17	15,5	12	10,9	13	11,8	8	7,3	60	54,5
Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być	29	26,4	6	5,5	12	10,9	12	10,9	51	46,4
Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby	15	13,6	2	1,8	20	18,2	14	12,7	59	53,6

Tabela 2. Stopień akceptacji choroby w badanej grupie

Przedziały skali AIS	Pkt	N	%
Niski	8,00–19,00	18	16,4
Średni	20,00–35,00	76	69,1
Wysoki	36,00–40,00	16	14,5
Ogółem	–	110	100,0

Tabela 3. Ogólny wskaźnik akceptacji choroby oraz średnie wartości poszczególnych stwierdzeń AIS

Lp.	AIS – stwierdzenie	\bar{x}	SD	Min	Max
1	Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę	2,77	1,61	1,00	5,00
2	Z powodu mojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię	2,61	1,67	1,00	5,00
3	Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny	3,84	1,54	1,00	5,00
4	Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę	2,96	1,62	1,00	5,00
5	Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół	3,75	1,54	1,00	5,00
6	Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem	3,75	1,56	1,00	5,00
7	Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być	3,45	1,70	1,00	5,00
8	Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby	3,91	1,42	1,00	5,00
9	Ogólny wskaźnik akceptacji choroby	27,04	12,66	8,00	40,00

Tabela 4. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby a wybrane wskaźniki socjodemograficzne

Wskaźniki socjodemograficzne		\bar{x}	SD	Min	Max	F	p
Płeć	kobieta	25,62	8,80	23,24	28,00	3,557	0,062 n.i.
	mężczyzna	28,45	6,85	26,60	30,31		
Wiek (w latach)	do 50	26,86	8,07	24,95	28,77	0,098	0,755 n.i.
	powyżej 50	27,36	7,91	24,80	29,92		
Stan cywilny	kawaler (panna)	27,65	7,22	23,94	31,36	0,379	0,685 n.i.
	żonaty (mężatka)	27,14	8,04	25,40	28,89		
	rozwódziona, wdowiec	24,89	9,25	17,78	32,00		
Wykształcenie	podstawowe	26,53	7,48	22,92	30,13	0,185	0,832 n.i.
	średnie	26,90	8,41	24,89	28,91		
	wyższe	27,95	7,16	24,69	31,69		
Aktywność zawodowa	zatrudniony, uczeń	25,55	7,93	22,74	28,36	0,650	0,585 n.i.
	bezrobotny	28,50	7,47	25,01	31,99		
	zatrudniony na L4	27,65	8,58	23,63	31,67		
	rencista, emeryt	27,24	8,07	24,55	29,93		
Miejsce zamieszkania	wieś, osada, małe miasto	25,33	8,50	23,03	27,62	5,245	0,024*
	duże miasto	28,75	7,09	26,83	30,66		

* $p < 0,05$, n.i. – nieistotnie statystycznie

Tabela 5. Średnie wartości stopnia akceptacji choroby – AIS a deklarowane radzenie sobie w sytuacji trudnej i samoocena stanu zdrowia

Badane zmienne		\bar{x}	SD	Min	Max	F	p
Radzenie sobie w sytuacji trudnej	samodzielne	27,35	7,41	25,52	29,19	0,250	0,618 n.i.
	wymaga wsparcia	26,58	8,80	23,93	29,22		
Samoocena stanu zdrowia	Brak poczucia choroby (-)	31,64	8,48	25,94	37,33	2,204	0,203 n.i.
	Poczucie choroby i akceptacja leczenia (+)	26,35	8,13	24,57	28,12		
	Poczucie choroby, brak jednoznacznej opinii o leczeniu (+ -)	27,44	5,91	24,29	30,59		

n.i. – nieistotne statystycznie, (+) dobry wgląd, (-) brak wglądu, (+ -) wgląd częściowy, niejednoznaczny

Akceptacja choroby stwarza poczucie bezpieczeństwa, zmniejsza nasilenie negatywnych reakcji i emocji związanych z chorobą, zmniejszając tym samym poczucie dyskomfortu psychicznego.

Blisko połowa badanych chorych, tj. 53 osoby, potwierdziła kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę (1,0–2,0 pkt). Tak wysoka liczba osób wydaje się wynikać z tego, że leczeni chirurgicznie to pacjenci aktywni zawodowo, a zatem choroba wiązała się ze zrozumiałymi ograniczeniami.

Ponad połowa badanych (61 osób, tj. 55,4%) oceniło stan swojego zdrowia jako uniemożliwiający wykonywanie tego, co lubią najbardziej (ocena 1,0–2,0 pkt).

Zdecydowana większość pacjentów leczonych z powodu schorzeń chirurgicznych (72 osoby, tj. 65,5%) zaprzeczyła, że ze względu na stan zdrowia czują się niepotrzebni (ocena 4,0–5,0 pkt).

Przedstawione dane wskazują, że zależna od innych i wymaga wsparcia innych osób w znacznym zakresie (ocena 1,0–2,0 pkt) jest grupa licząca 49 osób. To dość znaczna liczba, ale należy pamiętać, że było to odczuwane poczucie zależności w chwili badania. Choroba w tej grupie to znacznie częściej jednorazowy epizod niż przedłużający się proces chorobowy niosący ze sobą stałe uzależnienie od pomocy innych osób.

Hospitalizowani z powodów chirurgicznych w większości uznali, że ich choroba nie stanowi obciążenia dla ich przyjaciół i rodziny.

Dalsza analiza dotyczyła poczucia własnej wartości wśród badanych. Za mniej wartościowych członków społeczeństwa uważało się 26,4%, zakreślając ocenę 1,0–2,0 pkt na skali AIS, co wydaje się być w bezpośrednim związku z poczuciem niezależności chorych.

Na szczególną uwagę zasługuje analiza stwierdzenia dotyczącego samodzielności rozumianej jako samowystarczalność. Analiza wyników pokazała, że brak pełnej samowystarczalności (ocena 1,0–2,0 pkt) odnotowało 35 osób (tj. 31,9%).

Niezaprzeczalnym faktem jest, że choroba o dobrym rokowaniu i krótkim okresie leczenia pozwala na szczerą relację otoczenia z chorym, co pokazała analiza odpowiedzi na stwierdzenie 8: „Myślę, że

ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby”. Spośród 110 osób tylko niewielka grupa (17 osób, tj. 15,5%) pacjentów leczonych chirurgicznie uważała, iż osoby zdrowe przebywające w ich towarzystwie czują się często zakłopotane (ocena 1,0–2,0 pkt).

Suma uzyskanych punktów stanowiąca stopień akceptacji choroby obejmowała zakres od 8,0 do 40,0 punktów. Biorąc pod uwagę rozpiętość uzyskanej punktacji, wyodrębniono 3 stopnie akceptacji choroby. Jako podstawę przyjęto przeciętne odchylenie od średniej wyników mierzone odchyleniem standardowym. Szczegółowe wyniki zawiera tabela 2.

Ogólny wskaźnik akceptacji choroby w badanej grupie wyniósł $\bar{x} = 27,04$ (przy odchyleniu standardowym $SD = 7,98$) i uplasował się w granicach punktacji przedziału średniego. Szczegółowe wyniki badań prezentuje tabela 3.

Dokonując analizy wyników, zanotowano, że najniższą średnią wartość, a tym samym najniższy wskaźnik akceptacji choroby uzyskano dla stwierdzenia: „Z powodu mojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię” ($\bar{x} = 2,61$; $SD = 1,67$), zaś najwyższą średnią wartość, co oznacza najwyższy stopień przystosowania do choroby, uzyskano poprzez zaprzeczenie stwierdzeniu „Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby” ($\bar{x} = 3,91$; $SD = 1,42$).

U pacjentów oddziału chirurgicznego fakt hospitalizacji wynikający często z nagłego lub z krótkotrwałego procesu chorobowego, stanowi zdecydowanie sytuację dyskomfortu uniemożliwiającą kontynuowanie pracy zawodowej, czy też rozwijanie zainteresowań. Zaistniały fakt hospitalizacji z pomysłnym rokowaniem, co do wyleczenia, mimo że odczuwany jako uciążliwy, nie obniża wartości kontaktów międzyludzkich.

W kolejnym etapie próbowano ustalić, czy na stopień akceptacji choroby mają wpływ takie wskaźniki socjodemograficzne, jak: płeć, wiek, stan cywilny, wykształcenie i aktywność zawodowa. Wyniki analizowanych zmiennych prezentuje tabela 4.

W badanej grupie tylko miejsce zamieszkania wiąże się z akceptacją choroby ($F = 5,245$; $p = 0,024$).

Osoby mieszkające na wsi, w osadach i małych miejscowościach uzyskały niższą ocenę stopnia akceptacji choroby ($\bar{x} = 25,33$) niż osoby mieszkające w dużym mieście ($\bar{x} = 28,75$).

Choć pozostałe rozpatrywane zmienne pozostają bez wpływu na stopień akceptacji choroby, to jednak należy zaznaczyć, że chorzy w wieku do 50 lat uzyskali niższy wskaźnik akceptacji choroby ($\bar{x} = 26,86$) niż chorzy w przedziale wiekowym 50 lat i więcej ($\bar{x} = 27,36$). Mężczyźni uzyskali znacznie wyższe średnie oceny stopnia akceptacji choroby nowotworowej ($\bar{x} = 28,45$) niż kobiety ($\bar{x} = 25,62$). Respondenci posiadający wykształcenie wyższe deklarowali wyższy stopień akceptacji choroby niż pacjenci z wykształceniem średnim i podstawowym (odpowiednio: $\bar{x} = 27,95$; $\bar{x} = 26,90$; $\bar{x} = 26,53$). Najwyższy stopień akceptacji choroby uzyskali pacjenci ze statusem bezrobotnych = 28,50.

Analizie poddano także związek między stopniem akceptacji choroby a sposobem radzenia sobie w sytuacjach trudnych i samooceną dotyczącą stanu zdrowia. Szczegółowe dane dotyczące zależności między tymi zmiennymi przedstawia tabela 5.

Jak pokazują wyniki badań żadna z analizowanych powyżej zmiennych nie miała wpływu na uzyskany stopień akceptacji choroby.

Omówienie

Ogólny wskaźnik akceptacji choroby w badanej grupie pacjentów leczonych na oddziale chirurgicznym wyniósł $\bar{x} = 27,04$. Wyższe wyniki odnotowano u chorych leczonych z powodu raka sutka i macicy ($\bar{x} = 28,13$) [6]. Autorzy skali (B.J. Felton, T.A. Revensson i G.A. Hinrischen, 1984) na podstawie dwóch różnych badań przeprowadzonych wśród 151 chorych przewlekle (nadciśnienie, cukrzyca, artretyzm, choroba nowotworowa) uzyskali wyższe wyniki średniej akceptacji choroby (odpowiednio: $\bar{x} = 28,08$; $\bar{x} = 28,48$) od wyników prezentowanych w niniejszej pracy [6]. Zdecydowanie wyższe wyniki uzyskała również Skotnicka-Graca wśród pacjentów hospitalizowanych z powodu krytycznego niedokrwienia kończyn dolnych (przed zabiegiem pomostowania tętnic i po zabiegu odpowiednio: $\bar{x} = 30,00$; $\bar{x} = 32,00$) [7]. Niższy wynik uzyskała Bogumiła Kowalczyk-Sroka i wsp. u pacjentów z cukrzycą ($\bar{x} = 25,24$) [8]. Wśród pacjentów chorujących na schizofrenię paranoidalną zaliczonych do grupy dobrze współpracujących także uzyskano niższe wyniki punktowe wskaźnika akceptacji choroby ($\bar{x} = 24,7$) [9]. Wyraźnie niższy wskaźnik akceptacji choroby ($\bar{x} = 23,27$) odnotowano w badaniach prowadzonych wśród chorych na białaczkę [10], jak również wśród pacjentów hospitalizowanych z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc ($\bar{x} = 21,31$) [11].

Należy jednak zaznaczyć, że wśród respondentów największą grupę stanowili chorzy przystosowujący się do sytuacji choroby względnie dobrze (69,1%) i bardzo dobrze (14,5%), co znajduje potwierdzenie w literaturze przedmiotu [12].

Analiza stopnia akceptacji choroby w odniesieniu do wybranych zmiennych wykazała, że tylko miejsce zamieszkania różnicuje stopień akceptacji choroby. W badaniach własnych okazało się ono czynnikiem istotnie wpływającym na poziom adaptacji – wyższą średnią stopnia akceptacji choroby uzyskali mieszkańcy dużych miast ($p < 0,05$), co może mieć związek z dostępnością do leczenia, lecz także z pozycją, jaką chory zajmuje w swoim środowisku. Podobnie odnotowano w badaniach A. Niedzielskiego i wsp. wśród chorych leczonych z powodu cukrzycy, astmy oskrzelowej, choroby niedokrwiennej serca i dializowanych z powodu przewlekłej niewydolności nerek [13].

Nie udało się co prawda wykazać istnienia zależności na poziomie istotności statystycznej w odniesieniu do pozostałych cech socjodemograficznych, ale uzyskane wyniki mogą świadczyć o pewnych tendencjach do występowania większych zdolności przystosowawczych u określonych grup pacjentów.

W przeprowadzonych badaniach mężczyźni uzyskali zdecydowanie wyższy stopień akceptacji choroby ($\bar{x} = 28,45$) w porównaniu z kobietami ($\bar{x} = 25,62$), co świadczy o lepszym przystosowaniu i mniejszym poczuciu dyskomfortu psychicznego [6]. Może to mieć związek z zagrożeniem ról społecznych, przede wszystkim rodzinnych, a zwłaszcza roli matki, która utrudnia akceptację choroby [14]. Odmiennie relacje odnotowano w badaniach B.J. Felton dotyczących poziomu akceptacji choroby w zawale mięśnia sercowego i chorobach nowotworowych [6]. Niższe średnie stopnia akceptacji choroby dla mężczyzn ($\bar{x} = 24,5$) odnotowano także w badaniach Haliny Marmurowskiej-Michałowskiej prowadzonych wśród pacjentów cierpiących na schizofrenię paranoidalną i w badaniach Bogumiły Kowalczyk-Sroki prowadzonych wśród pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc ($\bar{x} = 21,25$), co świadczyłoby o tym, że kobiety w przypadku tych chorób lepiej przystosowują się do utrudnień związanych z chorobą [9, 11].

Z badań Susłowskiej wynika, że w trakcie choroby dochodzi do reorganizacji w funkcjonowaniu rodziny, modyfikowania istniejących w rodzinie związków emocjonalnych, jak również tworzenia nowych jakości w związkach [15]. Barraclough zaznacza, że pacjenci szczęśliwie poślubieni czerpią korzyść z faktu, że współmałżonek pomaga im w uporaniu się ze stresem związanym z chorobą [16]. Podobnie Kmiecik-Baran wymienia żonę i męża jako najważniejszych dawców wsparcia [17]. Zatem wsparcie emocjonalne

ze strony współmałżonka daje poczucie bezpieczeństwa, akceptację, znosi niepokój, pomaga w radzeniu sobie z własnymi reakcjami emocjonalnymi i z chorobą [18–21]. Osoby pozostające w związkach uzyskały zdecydowanie wyższe wyniki wskaźnika akceptacji choroby niż osoby rozwiedzione i wdowcy (odpowiednio: $\bar{x} = 27,14$ i $\bar{x} = 24,89$). Najwyższy wskaźnik otrzymały osoby stanu wolnego kawalerowie i panny ($\bar{x} = 27,65$), co ma zapewne związek ze sprawowaną opieką rodzicielską. Najwyższą średnią akceptacji choroby odnotowano u chorych leczonych chirurgicznie legitymujących się wykształceniem wyższym. Podobnie wyższą średnią stopnia akceptacji choroby, a co za tym idzie większą akceptację choroby u pacjentów z wykształceniem wyższym odnotowała Urszula Karna-Matyjaszek i wsp. wśród pacjentów z rozpoznaną jaskrą [22]. Wydaje się, że takim osobom łatwiej jest zrozumieć istotę własnego problemu zdrowotnego i dopasować się do zaistniałych, nowych okoliczności.

Wyższy wskaźnik akceptacji choroby plasujący się powyżej średniej ($\bar{x} = 27,35$), potwierdzający lepsze przystosowanie do choroby, uzyskali badani radzący sobie samodzielnie w sytuacjach identyfikowanych jako trudne.

Stosunek pacjenta do choroby wydaje się być sprawą niezwykle ważną, a czynnikiem mającym wpływ na satysfakcję z życia jest samoocena stanu zdrowia. Przeprowadzone badania pozwalają zauważyć, że najwyższy stopień akceptacji choroby wykraczający zdecydowanie poza uzyskaną średnią arytmetyczną prezentowali chorzy, którzy w trakcie badania nie czuli się chorymi. Pacjenci wykazujący poczucie choroby uzyskali zdecydowanie niższy stopień akceptacji choroby [23, 24]. Najlepszą postawą wobec choroby jest postawa adekwatna, oznaczająca, że chory człowiek zdaje sobie sprawę ze swojej choroby i podchodzi do niej w sposób racjonalny, gdy pacjent przyjmuje diagnozę, stosuje się do otrzymanych zaleceń, a obraz własny choroby zbliża się do stwierdzonego przez lekarza [3, 25]. Najbardziej pożądaną jest akceptacja choroby przejawiająca się gotowością do akceptacji siebie w roli chorego. Chorzy leczeni na oddziale chirurgicznym przejawiali średnie nasilenie reakcji negatywnych i emocji związanych z chorobą, osiągając poziom akceptacji choroby kształtujący się głównie na poziomie średnim, uzyskując w miarę dobre przystosowanie do choroby. Wydaje się to zrozumiałe, ponieważ łatwiej zaakceptować ból, dyskomfort psychiczny i fizyczny, wiedząc, że ma się ograniczony zasięg czasowy. Trudniej zaakceptować chorobę, gdy rokowanie w niej jest niepewne, a złe samopoczucie nie tylko nie zostanie wyeliminowane, a może się nawet pogłębić.

W chorobach ostrych następuje zwykle zahamowanie lub ograniczenie normalnych działań ukierunkowanych na różne cele życiowe, natomiast zdrowie staje się wartością nadrzędną, a jego odzyskanie celem najwyższym.

WNIOSKI

1. Chorzy leczeni z powodu schorzeń chirurgicznych, dobrze rokujących prezentują średni stopień akceptacji choroby, przystosowując się względnie dobrze do sytuacji choroby.
2. Spośród czynników społeczno-demograficznych tylko w przypadku miejsca zamieszkania stwierdzono jego wyraźny związek ($p < 0,05$) ze stopniem akceptacji choroby. Chorzy żyjący w środowisku wiejskim i małych miasteczkach charakteryzują się niższym poziomem akceptacji choroby niż mieszkający w dużych miastach.
3. Najpoważniejszy problem z akceptacją choroby mają kobiety, ludzie młodzi, aktywni zawodowo, legitymujący się wykształceniem podstawowym.
4. Lepiej przystosowują się do sytuacji choroby pacjenci deklarujący samodzielność funkcjonowania w sytuacjach identyfikowanych przez nich jako trudne.

PIŚMIENNICTWO

- [1] Karski J. Promocja Zdrowia. Wydawnictwo IGNIS, Warszawa 1999; 289–295.
- [2] Słownik Psychologiczny. Red. W. Szewczuk Wiedza Powszechna, Warszawa 1979; 197.
- [3] Czubalski K. Wpływ choroby na stan psychiczny i zachowanie człowieka chorego. Sztuka Leczenia 1995; 1, 3: 53–59.
- [4] Salmon P, Gajdzińska M. (przekł.) Psychologia w medycynie wspomaga współpracę z pacjentem i proces leczenia. Gdańskie Towarzystwo Psychologiczne, Gdańsk 2003; 36–58.
- [5] Leder S. Jakość życia a psychiatria konsultacyjna i psychoterapia. Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wybrane zagadnienia. Red. J Meyza. Centrum Onkologii Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 1997; 210–241.
- [6] Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001.
- [7] Skotnicka-Graca U. Stopień akceptacji choroby wśród pacjentów i ich rodzin, przed i po zabiegu chi-

- rurgicznym z powodu krytycznego niedokrwienia kończyn dolnych. W: *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*. Red. W Śladkowski. Lublin, 2004; 59, 16, 6: 145–148.
- [8] Kowalczyk-Sroka B, Lelonek B, Cieślík A. Stopień akceptacji choroby a potrzeba wsparcia społecznego chorych na cukrzycę. W: *Cukrzyca – społeczny problem XXI wieku*. Red. A Abramczyk, W Prusek, B Panaszek. Zakład Pielęgniarstwa Społecznego Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław 2003; 175–182.
- [9] Marmurowska-Michałowska H, Dubas-Ślęmp H, Kozak A i wsp. Przystosowanie do choroby w grupie pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej – doniesienie wstępne. *Badania nad schizofrenią*. 2004; 5: 324–329.
- [10] Wiraszka G, Lelonek B. Funkcjonowanie chorego z białaczką a akceptacja choroby nowotworowej. *Studia Medyczne* 2008; 10: 21–25.
- [11] Kowalczyk-Sroka B. Jakość życia pacjentów hospitalizowanych z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Ocena przygotowania do samoopieki. Praca doktorska. Biblioteka Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Lublin 2006.
- [12] de Walden-Gałuszko K. U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi. Wydawnictwo Medyczne MAK med, Gdańsk, 2000; 20–45.
- [13] Niedzielski A, Humeniuk E, Błaziak P i wsp. Stopień akceptacji choroby w wybranych chorobach przewlekłych. *Wiadomości Lekarskie* 2007; 60: 5-6.
- [14] Kubacka-Jasiecka D, Wrona-Polańska M. Pojęcie ja i samoocena pacjentów z rozpoznaniem choroby nowotworowej. *Zeszyty Naukowe UJ*. Kraków 1980; 31: 66–84.
- [15] Heszen-Niejodek I. Rola psychologa w diagnostyce i leczeniu chorób somatycznych. PZWL, Warszawa 1990.
- [16] Aleksandrowicz J. Nie ma nieuleczalnie chorych. PWN, Warszawa 1982.
- [17] Kmiecik-Baran K. Skala wsparcia społecznego. Teoria i właściwości psychometryczne. *Przegląd Psychologiczny* 1995; 38, 1/2: 201–214.
- [18] Juczyński Z. Radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową. W: *Psychoonkologia*. Red. K de Walden-Gałuszko, Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000; 9–41.
- [19] Red. RW Pollock. Podręcznik onkologii klinicznej. UICC International Union Against Cancer. Wydawnictwo Przegląd Lekarski. Kraków 2001; 631–651.
- [20] Scholten C, Weinlander G, Krainer M et al. Difference in patient's acceptance of early versus late initiation of psychosocial support in breast cancer. *Support care Cancer* 2001; 9: 459–464.
- [21] Johnson JE. Social support and physical health in the rural elderly. *Application Nurse Research* 1996; 9, 2: 61–66.
- [22] Karna-Matyjaszek U, Sierżantowicz R, Mariak Z. Akceptacja własnej choroby przez pacjentów z rozpoznaną jaskrą. *Polski Merkurusz Lekarski* 2010; 28; 163: 37–41.
- [23] Lelonek B. Przystosowanie do choroby nowotworowej u pacjentów z białaczką. Rozprawa doktorska. Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin 2010.
- [24] Majkowicz M, Pankiewicz P, Zdun-Ryżewska A. Typy reakcji na chorobę nowotworową. W: *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*. Red. W Śladkowski. Lublin 2007; 62, 4; 310–316.
- [25] Stangierska I, Marcinkowska M, Horst-Sikorska W. Problemy psychologiczne pacjentów z cukrzycą typ I. *Nowiny Lekarskie* 2002; 71, 4–5; 212–216.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Barbara Lelonek
Wydział Nauk o Zdrowiu UJK
25-317 Kielce, al. IX Wieków Kielc 19
e-mail: studiamedyczne@ujk.edu.pl
tel. +48 692 694 865