

## Małgorzata Filanowicz, Bernadeta Cegła, Ewa Szykiewicz, Aneta Dowbór-Dzwonka

Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

# Akceptacja choroby jako predyktor zachowań zdrowotnych pacjentów chorych na astmę atopową

Disease acceptance as a predictor of health behaviour among patients suffering from atopic asthma

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Jednym z predyktorów zachowań zdrowotnych, pozytywnie związanym z utrzymaniem lub powrotem do zdrowia jest poczucie akceptacji choroby. Jest to ogólne przekonanie człowieka, które najczęściej dotyczy możliwości podjęcia i przeprowadzenia działań prowadzących do osiągnięcia określonego rezultatu.

**Cel pracy.** Celem badań statystycznych było określenie stopnia akceptacji choroby wśród pacjentów o różnym stopniu kontroli astmy atopowej. Ocenie poddano również wpływ akceptacji zmienionej pod wpływem choroby w zależności od wybranych parametrów socjo-demograficznych, takich jak: płeć, wiek, stan cywilny, aktywność zawodowa, miejsce zamieszkania oraz wykształcenie. W tych przypadkach, gdzie było to możliwe zbadano także różnice między parametrami w ramach grupy o tym samym natężeniu ciężkości astmy.

**Materiał i metody.** Ankiety rozprawdzono wśród 77 pacjentów obojga płci chorujących na astmę atopową zamieszkałych w województwie kujawsko-pomorskim. W zależności od stopnia kontroli astmy wszystkich pacjentów podzielono na trzy podgrupy: z astmą kontrolowaną (K), częściowo kontrolowaną (C) i niekontrolowaną (N). W badaniu wykorzystano również informacje socjodemograficzne oraz zastosowano skalę AIS.

**Wyniki.** Na podstawie uzyskanych wyników nie wykryto istotnej różnicy między średnimi AIS w podgrupach o różnym stopniu kontroli astmy. Test dla dwóch frakcji nie wykrył istotnych różnic między płcią badanych, jednak odsetek kobiet mających łagodny przebieg choroby jest istotnie większy niż odsetek mężczyzn. Porównanie średnich wartości w dwóch skrajnych podgrupach pozwoliło ustalić, że średni wiek pacjentów w grupie z ciężkim przebiegiem astmy jest istotnie większy. Nie wykryto istotnej różnicy między odsetkami przypadków osób w zależności od stanu cywilnego. Wykryto, że odsetek pracujących w grupie z astmą umiarkowaną jest istotnie większy niż osób pracujących w grupie z astmą ciężką. Wykryto, że odsetek mieszkańców miast jest istotnie większy w grupie z astmą umiarkowaną niż w grupie z astmą łagodną. Nie wykryto związku między stopniem ciężkości astmy a wykształceniem ( $p = 0,38$ ).

### Wnioski.

1. Stopień akceptacji choroby nie jest związany ze stopniem kontroli choroby.
2. Wraz z nasileniem ciężkości choroby maleje liczba kobiet chorych na astmę, natomiast odsetek mężczyzn odpowiednio rośnie.
3. Pacjenci z astmą niekontrolowaną stanowią najstarszą grupę wiekową.
4. Wykształcenie i stan cywilny nie wpływają na stopień kontroli astmy
5. Stopień kontroli astmy wpływa na aktywność zawodową pacjentów.

**Problemy Pielęgniarstwa 2013; 21 (1): 13–20**

**Słowa kluczowe:** skala AIS, akceptacja choroby, stopień kontroli astmy

### ABSTRACT

**Introduction.** One of the predictors of health behaviour, positively associated with maintaining good health or recovering from an illness, is the sense of disease acceptance. It is general conviction of a patient which often relates to the possibility of taking and carrying out actions leading to the achievement of the result set by an individual.

**Adres do korespondencji:** dr n. med. Małgorzata Filanowicz, Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego Katedry Pielęgniarstwa i Położnictwa *Collegium Medicum* w Bydgoszczy Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, ul. Techników 3, 85–801 Bydgoszcz, tel.: 52 585 21 93 wew. 220, e-mail: gosiafilanowicz@cm.umk.pl

**Aim.** The aim of the present statistical study was to determine the degree of illness acceptance among patients with various levels of atopic asthma control. The study also focused on the impact of the acceptance altered under the influence of the disease, depending on such socio-demographic factors as sex, age, marital status, activeness at work, place of residence and education. In those cases where this was possible the differences between the aforementioned parameters within the group with the same intensity of asthma severity were analyzed.

**Material and methods:** Research group comprised 77 individuals of both sexes, kuyavian - pomeranian voivodeship residents, suffering from atopic asthma. Depending on the degree of asthma control all patients were divided into three subgroups: with controlled asthma (K), partly controlled (C) and uncontrolled (N). Sociodemographic information and AIS scale were also used in the research.

**Results.** Results of the analysis indicated that there is no significant difference between the average AIS scores in subgroups with different degrees of asthma control. No major gender differences were observed in the test for two sex groups, however, the percentage of women with mild disease progression is indeed greater than among men. Comparison of average values in two extremely different subgroups (those with controlled and uncontrolled asthma) showed that the median age of patients in the group with a severe asthma progression is much greater. The study showed no substantial difference between the percentage of cases of people depending on marital status. It was found that the percentage of working patients in the group suffering from moderate asthma is indeed greater than the percentage of employed patients in the group with severe asthma. The results also indicated that the percentage of urban residents is much greater in the group of patients with moderate asthma than in the group with the mild one. The study has not found a correlation between the degree of asthma gravity and asthma education ( $p = 0.38$ ).

#### Conclusions.

1. There is no relationship between the degree of disease acceptance and the degree of disease control.
2. The number of women suffering from asthma decreases together with the disease exacerbation.
3. Patients with uncontrolled asthma are the oldest group
4. Education and marital status do not affect the degree of asthma control.
5. The degree of asthma control affects the professional activity of the patients

Nursing Topics 2013; 21 (1): 13–20

**Key words:** scale of AIS, disease acceptance, the degree of asthma control

## Wstęp

Uznaną powszechnie definicją zdrowia jest zachowanie pełnego dobrostanu psychicznego, fizycznego i społecznego. Istotny wpływ na funkcjonowanie człowieka z chorobą przewlekłą, zgodnie ze współczesnym paradygmatem zdrowia, mają zasoby osobiste. Wpływają one na jakość życia warunkowaną przez wiele czynników związanych z określonymi zachowaniami społecznymi, socjoekonomicznymi, zdrowotnymi, a także stylem życia. Zachowania zdrowotne, jako jeden z elementów zachowania homeostazy organizmu, dotyczą różnego rodzaju działań zmierzających do utrzymania zdrowia, przywracania lub jego polepszania; czyli są to zachowania podejmowane ze względu na prezentowany w danym momencie stan zdrowia lub zmierzające do wywołania określonego wpływu na zdrowie [1]. Samo pojęcie zachowań zdrowotnych nie jest jednoznaczne. Zazwyczaj oznacza czynności bezpośrednio lub pośrednio sprzyjające, a w niektórych przypadkach szkodzące zachowaniu zdrowia psychicznego i fizycznego.

Jednym z predyktorów zachowań zdrowotnych, pozytywnie związanym z utrzymaniem lub powrotem do zdrowia jest poczucie akceptacji choroby. Jest to ogólne przekonanie człowieka, które najczęściej dotyczy możliwości podjęcia i przeprowadzenia działań prowadzących do osiągnięcia określonego rezultatu przez daną jednostkę ludzką [2–5].

Przekonanie o możliwości osiągnięcia celu, czyli o samoskuteczności, wyraża się w przyjmowaniu odpowiedzialności za własne zdrowie. To także świadomość tego,

że kontrola nad własnym zdrowiem zależy w większym stopniu od samej jednostki (tzw. wewnętrzna lokalizacja kontroli zdrowotnej), a w mniejszym od ingerencji personelu medycznego sprawującego opiekę nad chorym lub nieprzewidzianych zdarzeń (tzw. zewnętrzna lokalizacja kontroli zdrowotnej) [5, 6]. Poczucie własnej skuteczności oznacza gotowość do stopniowego pokonywania coraz trudniejszych zadań albo podejmowania nowych działań. Z kolei tak przyjęta postawa pozwala na zwiększenie wiary w siebie i w swoje możliwości, jednocześnie ułatwiając adaptację do funkcjonowania w warunkach zmienionych procesem chorobowym [7–11]

## Cel pracy

Celem badań statystycznych było określenie stopnia akceptacji choroby wśród pacjentów o różnym stopniu kontroli astmy atopowej. Ocenie poddano również wpływ akceptacji zmienionej pod wpływem choroby w zależności od wybranych parametrów socjo-demograficznych, takich jak: płeć, wiek, stan cywilny, aktywność zawodowa, miejsce zamieszkania oraz wykształcenie. W tych przypadkach, gdzie było to możliwe, zbadano także różnice między parametrami w ramach grupy o tym samym natężeniu ciężkości astmy.

## Materiał i metody

Badanie przeprowadzono od maja do sierpnia 2010 roku. Ankiety rozprawdzono wśród 77 pacjentów obojga płci (kobiet — 45, mężczyzn — 32) chorujących na astmę atopową i zamieszkałych w województwie

**Tabela 1.** Porównanie średnich wartości parametrów AIS w podgrupach o różnym stopniu kontroli astmy  
**Table 1.** Comparison of average AIS parameters in subgroups with a different degree of asthma control

AIS	Rodzaj kontroli astmy		
	Kontrolowana	Częściowo kontrolowana	Niekontrolowana
<i>n</i>	24	30	23
Min	8	8	12
Max	40	40	40
Mediana	32,5	26,0	27,0
Średnia	29,6	27,5	26,1
<i>SD</i>	10,1	10,3	6,8
Test Bartletta	$\chi^2 = 4,45, \chi^2_{kr} = 5,99, p = 0,11$ (ns)		
Test ANOVA	$F = 0,85, F_{kr} = 3,12, p = 0,43$ (ns)		

kujawsko-pomorskim. W zależności od stopnia kontroli astmy wszystkich pacjentów podzielono na trzy podgrupy. Było to 24 pacjentów z astmą kontrolowaną (K), 30 z częściowo kontrolowaną (C) i 23 — niekontrolowaną (N). W badaniu wykorzystano również informacje dotyczące: wieku, płci, stanu cywilnego, aktywności zawodowej, miejsca zamieszkania oraz poziomu wykształcenia.

Zastosowana w pracy Skala Akceptacji Choroby (AIS, *Acceptance of Illness Scale*) została skonstruowana przez Felton i wsp. (1984) z Center for Community Research and Action, Department of Psychology, New York University w adaptacji Jurczyńskiego [5]. Służy do oceny przystosowania się do ograniczeń spowodowanych procesem chorobowym. Zawiera 8 stwierdzeń opisujących negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia. Wszystkie twierdzenia wyrażają określone trudności i ograniczenia spowodowane chorobą. Zdecydowana zgoda (ocena 1) wyrażała złe przystosowanie się do warunków spowodowanych chorobą, natomiast brak zgody (ocena 5) oznaczała akceptację choroby. Zakres akceptacji mieścił się w przedziale między 8 a 40 punktów. Niski wynik oznaczał silny dyskomfort z powodu złego stanu zdrowia. Natomiast wysoki wynik świadczył o braku negatywnych emocji związanych z chorobą. Na podstawie przeciętnego odchylenia standardowego wyodrębniono 3 poziomy akceptacji choroby: 8–15 punktów (poziom niski), 16–28 punktów (poziom średni), 29–40 punktów (poziom wysoki).

W pracy zastosowano parametryczny test dla dwóch frakcji w celu weryfikacji hipotezy, że częstość (odsetek) występowania wyróżnionych przypadków w porównywanych grupach nie różni się istotnie. Dla weryfikacji hipotezy o jednorodności wariancji w dwóch porównywanych grupach użyto testu *F* Snedecora. Parametryczny test Cochran-Coxa w celu porównania warto-

ści średnich w dwóch grupach. W celu weryfikacji hipotez o normalności rozkładów badanych cech zastosowano nieparametryczny test Shapiro-Wilka. W przypadkach gdzie wartości obliczonej *W*-statystyki są większe od wartości krytycznej  $W_{kr}$  pobranej z tabeli odpowiedniego rozkładu przy poziomie istotności  $p = 0,05$ , należało stwierdzić, że rozkłady badanych cech nie odbiegają istotnie od rozkładu normalnego.

Poza tym w badaniach posłużono się testem Bartletta, porównując wariancje w więcej niż dwóch grupach, parametryczny test jednoczynnikowej analizy wariancji ANOVA porównujący wartości średnie w więcej niż w dwóch grupach w przypadkach normalności rozkładów badanych cech i jednorodności wariancji oraz nieparametryczny test niezależności chi-kwadrat w celu ustalenia zależności korelacyjnej między cechami niemierzalnymi, jakościowymi.

Jako miarodajny był przyjęty poziom istotności  $p = 0,05$ . Podano także wartości krytyczne statystyk oraz wartości *p*. Są to prawdopodobieństwa, w których można popełnić błąd, odrzucając hipotezę sprawdzaną, gdy jest ona w rzeczywistości prawdziwa. W przypadkach gdzie wartość obliczonej statystyki była mniejsza od krytycznej, należało stwierdzić brak istotnej różnicy: ns (*not significant*) — nieistotne.

## Wyniki

Na pierwszym etapie badań ustalono zależność średnich wartości uzyskanych z danych zawartych w kwestionariuszu AIS z podgrupami pacjentów chorujących na astmę (tab. 1). Na podstawie uzyskanych wyników nie wykryto istotnej różnicy między średnimi AIS w podgrupach o różnym stopniu kontroli astmy. Otrzymane powyżej wyniki pozwalają stwierdzić, że parametry AIS nie są związane ze stopniem kontroli choroby.

Na kolejnym etapie badania podjęto analizę danych socjodemograficznych. Wśród badanej grupy chorych na astmę kobiety stanowiły grupę 45 osób (58,5%), mężczyźni grupę 32-osobową (41,5%). Na rycinie 1 wyraźnie widać, że odsetek kobiet chorych na astmę maleje wraz z nasileniem ciężkości choroby, natomiast odsetek mężczyzn odpowiednio rośnie. Test dla dwóch frakcji nie wykrył istotnych różnic między procentami — jednak nie można wykluczyć, że jest to związane ze stosunkowo niewielką liczebnością porównywanych grup.

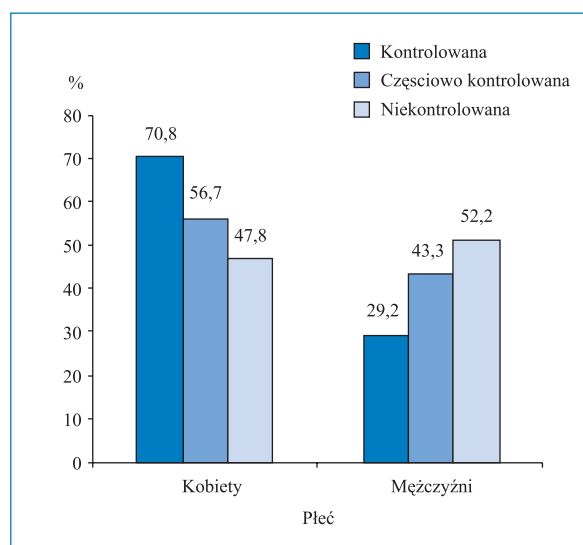
W tabeli 2 podano wyniki porównania wyników procentowych kobiet i mężczyzn w grupach K, C i N. Wykryto, że odsetek kobiet mających łagodny przebieg choroby jest istotnie większy niż mężczyzn.

Normalność rozkładów wieku (test Shapiro-Wilka) oraz równość wariancji (test Bartletta) pozwoliły na zastosowania parametrycznego testu jednoczynnikowej analizy wariancji ANOVA w celu porównania wartości średnich wieku w podgrupach o różnym stopniu kontroli astmy. Mimo że ze wzrostem stopnia ciężkości astmy średni wiek pacjentów rośnie (tab. 3), test ANOVA nie wykrył istotnej różnicy między grupami pod względem wieku. Natomiast porównanie średnich wartości w dwóch skrajnych grupach (tab. 4) za pomocą testu Cochran-Coxa wykryło, że średni wiek pacjentów w grupie z ciężkim przebiegiem astmy jest istotnie większy. A więc można uznać, że osoby w starszym wieku chorują na astmę częściej w ciężkiej formie.

Na dalszym etapie badań podjęto analizę wpływu stanu cywilnego na przebieg astmy. Na rycinie 2 podano liczby i odsetek osób samotnych w porównywanych grupach oraz wyniki zestawienia grup pod względem stanu cywilnego (SC).

Nie wykryto istotnej różnicy między odsetkami przypadków osób samotnych oraz pozostających w związku małżeńskim w porównywanych grupach (tab. 5).

Odsetek osób żyjących w małżeństwie jest większy w każdej grupie, w dwóch grupach różnica była stwierdzona istotna. Jednak wydaje się, że nie ma w tym dużego sensu — nie można uznać, że istnieje związek między stopniem kontroli astmy a stanem cywilnym, różnica obiektywnie może być spowodowana większym przypadkiem małżeństw (55) niż samotności (22).



Rycina 1. Porównanie stopnia kontroli astmy w zależności od płci  
Figure 1. Comparison of the degree of asthma control depending on sex

Kolejnym badanym parametrem była aktywność zawodowa i jej związek z rodzajem kontroli astmy. W tabeli 6 podano liczby i odsetki osób pracujących w porównywanych grupach oraz wyniki zestawionych grup pod względem aktywności zawodowej (AZ).

Wykryto, że odsetek pracujących w grupie z astmą umiarkowaną jest istotnie większy niż osób pracujących w grupie z astmą ciężką (odpowiednio odsetek niepracujących jest istotnie mniejszy). W pozostałych przypadkach nie wykryto takiej zależności, co oznacza, że nie są one istotne statystycznie.

W grupie z astmą ciężką odsetek osób niepracujących jest istotnie większy niż pracujących. W pozostałych grupach nie wykazano istotnie statystycznie różnicy.

Na kolejnym etapie porównano wpływ miejsca zamieszkania na stopień kontroli astmy. W tabeli 7 podano liczby i odsetki osób mieszkających w miastach i na wsi oraz wyniki porównania grup pod względem miejsca zamieszkania (MZ).

Przeprowadzona analiza pozwoliła stwierdzić, że odsetek mieszkańców miast jest istotnie większy

Tabela 2. Porównanie kobiet i mężczyzn w grupach K, C i N  
Table 2. Comparison of women and men in K, C and N groups

	Kobiety		Mężczyźni		Test dla 2 frakcji	
	n	%	n	%	u	p
Łagodna (24)	17	70,8%	7	29,2%	2,98	0,003
Umiarkowana (30)	17	56,7%	13	43,3%	1,04	0,30 (ns)
Ciężka (23)	11	47,8%	12	52,2%	0,29	0,77 (ns)

**Tabela 3.** Porównanie średnich wartości wieku w podgrupach o różnym stopniu kontroli astmy  
**Table 3.** Comparison of average age in subgroups with a different degree of asthma control

Porównanie średnich wartości wieku	Parametry	Rodzaj kontroli astmy		
		Kontrolowana	Częściowo kontrolowana	Niekontrolowana
Porównanie średnich wartości wieku	<i>n</i>	24	30	23
	Min	19	26	36
	Max	67	81	69
	Mediana	49,0	49,5	54,0
	średnia	45,5	51,1	53,9
	<i>SD</i>	13,3	14,4	9,2
Test normalności	WN	0,964	0,972	0,952
Shapiro-Wilka	$W_{kr}$	0,916	0,927	0,914
	N	Tak	Tak	Tak
Test Bartletta ( $\chi^2_{kr} = 5,99$ )	$\chi^2$		4,72	
	p		0,09 (ns)	
Test ANOVA ( $F_{kr} = 3,12$ )	<i>F</i>		2,68	
	p		0,08 (ns)	

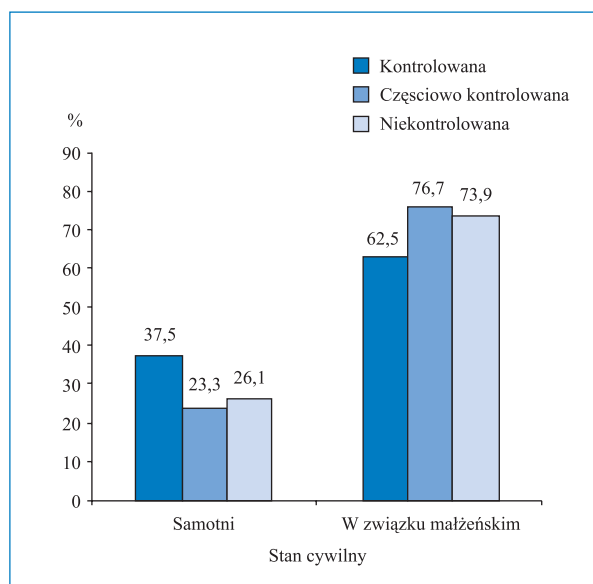
**Tabela 4.** Porównanie średnich wartości wieku w skrajnych podgrupach kontroli astmy  
**Table 4.** Comparison of the mean age in extreme subgroups of asthma control

Porównanie średnich wartości wieku	Parametry	Rodzaj kontroli astmy	
		Kontrolowana	Niekontrolowana
Porównanie średnich wartości wieku	<i>n</i>	24	23
	Min	19	36
	Max	67	69
	Mediana	49,0	54,0
	Średnia	45,5	<b>53,9</b>
	<i>SD</i>	13,3	9,2
Test normalności	W	0,964	0,952
Shapiro-Wilka	$W_{kr}$	0,916	0,914
	Normalność	Tak	Tak
Test <i>F</i> Snedecora ( $F_{kr} = 2,04$ )	<i>F</i>		<b>2,08</b>
	p		<b>&lt; 0,05</b>
Test <i>C</i> Cochran-Coxa ( $C_{kr} = 2,07$ )	<i>C</i>		<b>2,52</b>
	p		<b>&lt; 0,02</b>

w grupie z astmą umiarkowaną niż w grupie z astmą łagodną.

Wykryto, że odsetek przypadków astmy umiarkowanej i ciężkiej częściej występuje w miastach niż na wsi, natomiast odsetek występowania astmy łagodniej nie różni się istotnie między mieszkańcami miast i wsi (różnica jednak może być spowodowana ogólną przewagą liczności mieszkańców miast wśród ankietowanych).

W celu ustalenia związku między stopniem kontroli astmy a wykształceniem zbudowano tablice korelacyjną i zastosowano nieparametryczny test niezależności chi-kwadrat (tab. 8). Wartość obliczonej statystyki  $\chi^2$  wyniosła 6,37 i jest mniejsza od wartości krytycznej 12,59 pobranej z tabeli rozkładu  $\chi^2$  przy ustalonym poziomie istotności 0,05 i  $p = 0,05$  stopni swobody. A więc nie wykryto związku między



Rycina 2. Związek między stopniem kontroli astmy a stanem cywilnym.

Figure 2. Relation between the degree of asthma control and marital status.

dzy stopniem ciężkości astmy a wykształceniem ( $p = 0,38$ ) (ryc. 3).

### Dyskusja

Świadomość własnej skuteczności i przekonanie o swoich możliwościach często prowadzi do przezwyciężania coraz to większych problemów związanych z osią-

gnięciem podjętego działania. Przekonanie o własnej skuteczności kształtuje się w trakcie rozwoju człowieka. Każdy człowiek może mieć wiele wyobrażeń na temat zmiany danego zachowania, jednak w określonym momencie znaczący i najważniejszy okazuje się być jeden, najwyżej kilka, które doprowadzą do wyboru danego wariantu postępowania. Przy wyborze postępowania odpowiedniego dla danej jednostki rolę odgrywa ogólne przekonanie o własnych możliwościach oraz przekonanie o własnej skuteczności związanej najczęściej z zachowaniem w określonej sytuacji. Siła przekonania o własnej skuteczności doprowadza do sytuacji, w której człowiek coraz skuteczniej radzi sobie z sytuacjami trudnymi. Ta zależność pociąga za sobą kolejną, gdzie nabywanie doświadczeń wynikających z wykonania zadań trudnych wzmacnia poczucie własnej skuteczności [12].

W badanej grupie chorych wskaźnik akceptacji choroby wyniósł 27,8, czyli można uznać, że świadczy to o średnim poziomie akceptacji choroby. Nieco niższy wynik, jednakże mieszczący się w tym samym przedziale, uzyskali w swojej pracy Lewandowska i wsp. [13]. Badali oni zmiany w akceptacji choroby wśród pacjentów z astmą przed i po zastosowaniu psychoterapii. W obu badanych przez Lewandowską i wsp. podgrupach wynik mieścił się w przedziale o średnich wartościach, jednakże wykazali oni istotny statystyczny wpływ psychoterapii na zwiększenie akceptacji choroby [13]. W pracy Józefowskiej, odnotowano poziom wskaźnika akceptacji choroby rzędu 20,6 i również mieścił się w przedziale średnim. Odnotowano również zbieżność wśród badanych pacjentów z wyższym

Tabela 5. Zależność między stopniem kontroli astmy a stanem cywilnym

Table 5. Relation between the degree of asthma control and marital status

Rodzaj kontroli astmy	Samotny/a		W związku małżeńskim		Test dla 2 frakcji	
	n	%	n	%	u	p
Kontrolowana (24)	9	37,5%	15	62,5%	1,75	0,08 (ns)
Częściowo kontrolowana (30)	7	23,3%	23	76,7%	4,38	< 0,0001
Niekontrolowana (23)	6	26,1%	17	73,9%	3,38	0,0007

Tabela 6. Porównanie stopnia kontroli astmy u pacjentów z różną aktywnością zawodową

Table 6. Comparison of the degree of asthma control among patients with different occupational activity

Rodzaj kontroli astmy	Pracuje		Nie pracuje		Test dla 2 frakcji	
	n	%	n	%	u	p
Kontrolowana (24)	13	54,2%	11	45,8%	0,58	0,56 (ns)
Częściowo kontrolowana (30)	18	60,0%	12	40,0%	1,56	0,12 (ns)
Niekontrolowana (23)	7	30,4%	16	69,6%	2,73	< 0,007

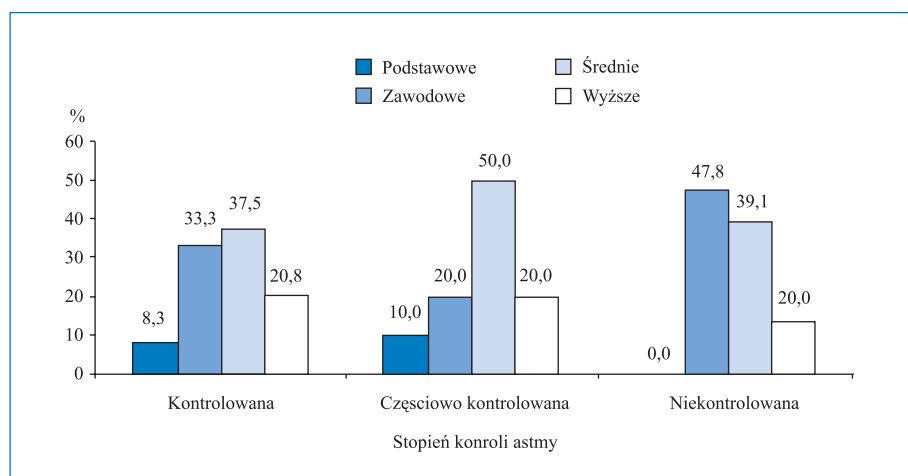


**Tabela 7.** Wpływ miejsca zamieszkania na stopień kontroli astmy**Table 7.** Influence of patient's residence on the degree of asthma control

Porównanie stopni ciężkości astmy	Miasto		Wieś		Test dla 2 frakcji	
	n	%	n	%	u	p
Kontrolowana (24)	15	62,5%	9	37,5%	1,75	0,08
Częściowo kontrolowana (30)	27	<b>90,0%</b>	3	10,0%	<b>7,18</b>	<b>&lt; 0,0001</b>
Niekontrolowana (23)	17	<b>73,9%</b>	6	26,1%	<b>3,38</b>	<b>0,0007</b>

**Tabela 8.** Związek między stopniem kontroli astmy a wykształceniem**Table 8.** Relation between the degree of asthma severity and education

Wykształcenie	Rodzaj kontroli astmy			Razem
	Kontrolowana	Częściowo kontrolowana	Niekontrolowana	
Podstawowe	2 (8,3%)	3 (10,0%)	0 (0,0%)	5
Zawodowe	8 (33,3%)	6 (20,0%)	11 (47,8%)	25
Średnie	9 (37,5%)	15 (50,0%)	9 (39,1%)	33
Wyższe	5 (20,8%)	6 (20,0%)	3 (13,0%)	14
Razem	24 (100%)	30 (100%)	23 (100%)	77

**Rycina 3.** Związek między stopniem ciężkości astmy a wykształceniem.**Figure 3.** Relation between the degree of asthma severity and education

wykształceniem. Wyniki pracy własnej wskazują, że średni poziom AIS w grupie z wykształceniem wyższym jest istotnie większy niż w grupie z wykształceniem podstawowym i zawodowym i wynosił 34,1. Istotny wynik uzyskany przez Józefowicz wynosił 29,7 i również był wyższy od pozostałych. W pracy wyżej wymienionej autorki porówna-

nie wskaźnika akceptacji choroby i wieku wykazało, że pacjenci w przedziale wiekowym między 51.–60. rokiem życia odznaczali się wyższym poziomem akceptacji. W wynikach własnych odnotowano dość słabą ujemną zależność korelacyjną między wiekiem a AIS. Świadczy to, że wraz z wiekiem poziom AIS nieco maleje. Według Nęc-

kiej [14], dojrzałości w działaniu nabywa się w perspektywie od kilku do kilkunastu lat. Wynika to z faktu, że aby podejmować i rozwiązywać ważne problemy, trzeba dobrze opanować określoną dziedzinę. Oznacza to, że trzeba stać się w danej dziedzinie ekspertem, co wymaga czasu [14]. Teorie te znajdują uzasadnienie w pracy Ho i Jones [15], którzy udowodnili, że istotnym czynnikiem wpływającym na nasilenie objawów depresyjnych i niechęć do podejmowania działań u pacjentów z astmą jest wiek. Naukowcy badali pacjentów z astmą istniejącą już od kilku lat, jednak odnotowali większy odsetek zniechęcenia do podejmowania działania u kobiet starszych, w okresie pomenopauzalnym. Wnioskować stąd można, że kobiety młodsze, mimo dokuczliwości objawów, mają większe możliwości adaptacyjne pozwalające zachować więcej optymizmu. Jednocześnie nie zaobserwowano podobnej zależności u mężczyzn [15]. Podobne rezultaty uzyskał Nowobilski i wsp. [16] w badaniach przeprowadzonych w polskich ośrodkach. Również w ośrodku wrocławskim, w badaniach Uchmanowicz i wsp., że granica obniżenia zadowolenia ustalono na 50. rok życia, a więc można go również określić jako wiek pomenopauzalny. Podobne wyniki uzyskał Ođuztürk i wsp. [17]. Również Hazell w swoich badaniach wykazał obniżenie jakości życia wraz z wiekiem badanych chorych na astmę [18].

W przedstawionej pracy wyraźnie widać, że odsetek kobiet chorych na astmę maleje wraz z nasileniem ciężkości choroby, natomiast mężczyźni odpowiednio rośnie. Natomiast porównanie rozkładu procentowego wśród kobiet i mężczyzn w podgrupach K, C i N wykazało, że odsetek kobiet mających łagodny przebieg choroby jest istotnie większy niż mężczyzn.

Z kolei Meyza [19] sugeruje, że pomiędzy grupą mężczyzn i kobiet istnieją istotne różnice w ocenach akceptacji warunków zmienionych procesem chorobowym. Kobiety zazwyczaj częściej i dłużej rozpamiętują negatywne aspekty życia, natomiast mężczyźni są bardziej pozytywnie nastawieni do życia, czerpiąc z niego więcej radości. Stąd wnioskuje się, że średnia ocena wśród kobiet jest niższa od oceny mężczyzn [19].

Założenia, które zaprezentował Meyza, znajdują odzwierciedlenie w pracy Dorner i wsp. [20], którzy podczas dokonywania oceny jakości życia pacjentów z astmą uzyskali gorsze wyniki u płci żeńskiej (21,8% v. 15,2%,  $p < 0,05$ ). Również w doniesieniach zaprezentowanych w pracy Ferreira i wsp. [21] odnotowano zależność satysfakcji z życia od płci. Wykazano, że mężczyźni charakteryzują się niższym poziomem ograniczeń z powodu astmy niż kobiety.

Rozpatrywany w pracy własnej obszar dotyczący aktywności fizycznej pokazał, że średnia wartość AIS jest istotnie większa w grupie osób, które są zawodowo aktywne i wynosiła 30,6. Być może wynika to z obowiązków, którym pacjenci muszą sprostać.

## Wnioski

1. Stopień akceptacji choroby nie jest związany ze stopniem kontroli choroby.
2. Wraz z nasileniem ciężkości choroby maleje odsetek kobiet chorych na astmę, natomiast odsetek mężczyzn odpowiednio rośnie.
3. Pacjenci z astmą niekontrolowaną stanowią najstarszą grupę wiekową.
4. Wykształcenie i stan cywilny nie wpływają na stopień kontroli astmy.
5. Stopień kontroli astmy wpływa na aktywność zawodową pacjentów.

## Piśmiennictwo

1. Łuszczynska A. Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczają? GWP, Gdańsk 2004; 14: 25–46.
2. Bandura A. Social Cognitive Theory: An Agentive Perspective. *Annu. Rev. Psychol.* 2001; 52: 1–26
3. Schwarzer R. Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuacji zachowań zdrowotnych. Dotychczasowe podejście i nowy model. W: Heszen-Niejodek I., Sęk H. (red). *Psychologia zdrowia: praca zbiorowa*. PWN, Warszawa 1997: 175–205.
4. Łuszczynska A. Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczają? GWP, Gdańsk 2004; 3: 29–34; 20–22: 150–167.
5. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001.
6. Dolińska-Zygmunt G. Podmiotowe uwarunkowania zachowań promujących zdrowie. PAN, Warszawa 2000.
7. Heszen-Niejodek I., Życińska J. Psychologia zdrowia w poszukiwaniu pozytywnych inspiracji. SWPS, Warszawa 2008.
8. Motyka M. Psychoterapia elementarna w opiece ogólnomedycznej. WUJ, Kraków 2002.
9. Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. Osobowość, stres a zdrowie. Delfin, Warszawa 2008.
10. Silver R.L., Wortman C.B. Radzenie sobie z krytycznymi wydarzeniami w życiu. *Now. Psychol.* 1984; 4–5: 29–95.
11. Taylor S.E. Przystosowanie się do zagrażających wydarzeń. *Now. Psychol.* 1984; 6–7: 15–38.
12. Gromulska L., Piotrowicz M., Cianciara D. Własna skuteczność w modelach zachowań zdrowotnych oraz w edukacji zdrowotnej. *Przegl. Epidemiol.* 2009; 63: 427–432.
13. Lewandowska K., Rogiewicz M., Specjalski K., Niedożytko M., Jassem E. Wpływ psychoterapii na jakość życia chorych z umiarkowaną i ciężką postacią astmy oskrzelowej — doniesienia wstępne. *Pol. Med. Paliatywna* 2006; 5: 114–119.
14. Nęcka E. Psychologia twórczości. GWP, Gdańsk 2003.
15. Ho S.F., Jones D. Morbidity In older people with self-reported asthma. *Age Ageing* 1999; 28: 475–480.
16. Nowobilski R., de Barbaro B., Furgał M. Analiza depresji u chorych na astmę oskrzelową. *Alert. Astma Immun.* 2002; 7: 211–215.
17. Ođuztürk Ö., Ekici A., Kara M. i wsp. Psychological Status and Quality of Life in Elderly Patients With Asthma. *Psychosomatics* 2005; 46: 41–46.
18. Hazell M., Frank T., Frank P. Health related quality of life in individuals with asthma related symptoms. *Respir. Med.* 2003; 97: 1211–1218.
19. Meyza J. Jakość życia w chorobie nowotworowej. Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Warszawa 1997: 61–85.
20. Dorner T., Muller H.K., Schmidl H i wsp. Subjective health and impaired quality of life due to allergies in a representative population survey. *Wien. Med. Wochenschr.* 2007; 157: 243–247.
21. Ferreira L.N., Brito U., Ferreira P.L. Quality of life in asthma patients. *Rev. Port. Pneumol.* 2010; 16: 23–55