

Ewa Smoleń¹, Magdalena Jarema², Karolina Hombek², Magdalena Słysz², Krzysztof Kalita³

¹Opiekun Studenckiego Koła Naukowego Pielęgniarek, Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Jana Grodka w Sanoku

²Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarek, Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. J. Grodka, Sanok

³Biuro Badań i Analiz Statystycznych, Rzeszów

Akceptacja i przystosowanie do choroby u pacjentów leczonych onkologicznie

Acceptance and adaptation to the disease in patients treated oncologically

STRESZCZENIE

Wstęp. Przystosowanie do choroby nowotworowej to umiejętność radzenia sobie z chorobą oraz jej następstwami, a także zmianami jakości życia, natomiast akceptacja choroby to zgoda na zmiany w życiu spowodowane procesem chorobowym.

Cel pracy. Celem pracy było określenie związku między akceptacją a przystosowaniem do choroby nowotworowej u pacjentów leczonych onkologicznie.

Materiał i metody. W badaniach wzięło udział 229 losowo dobranych pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu Specjalistycznym Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego. Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego i techniką ankiety. Zastosowano autorski kwestionariusz ankiety oraz standaryzowane narzędzia badawcze: Skala Akceptacji Choroby (AIS) i Skala Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej (Mini-MAC). W analizie statystycznej przyjęto poziom istotności $p \leq 0,05$. Zastosowano test Tau-b Kendalla oraz korelację rang Spearmana (r_s).

Wyniki. U chorych z niższą akceptacją choroby zaobserwowano większe nasilenie stylu destrukcyjnego zmagania się z chorobą nowotworową. Pacjenci z wysokim stopniem akceptacji choroby wykazywali większe nasilenie stylu konstrukcyjnego zmagania się z chorobą nowotworową.

Wnioski. Akceptacja choroby nowotworowej u pacjentów miała związek z przyjmowanym stylem oraz strategią zmagania się z chorobą. Znajomość stylu i strategii zmagania się z chorobą nowotworową oraz związku z akceptacją choroby pozwala zaplanować działania psychoterapeutyczne wobec osób z chorobą nowotworową, stanowiące uzupełnienie procesu leczenia.

Problemy Pielęgniarstwa 2018; 26 (1): 37–43

Słowa kluczowe: nowotwór; pacjent; akceptacja choroby; przystosowanie do choroby

ABSTRACT

Introduction. Adaptation to cancer is the ability to cope with the disease and its consequences, as well as changes in the quality of life, while acceptance of the disease is the consent to changes in life caused by the disease process.

Objective. Determination of the relationship between acceptance and adaptation to cancer in patients treated oncologically.

Material and methods. 229 randomly selected patients hospitalized in the Specialist Hospital of the Podkarpacki Oncology Center took part in the research. The research was carried out by means of a diagnostic survey and a survey technique. The author's questionnaire and standardized research examinations were used: Scale of Acceptance of Disease (AIS) and Scale of Psychic Adaptation to Cancer (Mini-MAC). In the statistical analysis, the significance level of $p \leq 0.05$ was assumed. The Kendall Tau-b test and Spearman's rank correlation (r_s) were all used.

Results. In patients with lower acceptance of the disease, a greater intensity of the style of destructive struggle with cancer was observed. Patients with a high degree of disease acceptance showed greater severity of the construction style of coping with cancer.

Conclusions. The acceptance of cancer in patients was related to the style and strategy of coping with the disease. Knowledge of the style and strategy of struggling with cancer and the acceptance of the disease allows you to plan psychotherapeutic activities against individuals with cancer, complementing the treatment process.

Problemy Pielęgniarstwa 2018; 26 (1): 37–43

Key words: cancer; patient; acceptance of the disease; adaptation to the disease

Adres do korespondencji: dr n. o zdr. Ewa Smoleń, Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. J. Grodka, ul. Mickiewicza 21, 38–500 Sanok, tel.: 730 930 902, faks: 13 46 55 959, e-mail: ewasmolen@op.pl

DOI: 10.5603/PP.2018.0006

Wstęp

Nowotwory to niejednorodna grupa chorób pod względem klinicznym, stanowiące drugą przyczynę zachorowalności i zgonów Polaków [1]. W sytuacji zdiagnozowania choroby nowotworowej każda osoba reaguje na nią indywidualnie. Rozpoznanie budzi wiele negatywnych emocji, takich jak: lęk, gniew, poczucie zagrożenia, niepokój, depresja, które wpływają na zdrowie psychiczne i fizyczne oraz przystosowanie i akceptację choroby [2–4].

Przystosowanie do choroby nowotworowej to umiejętność radzenia sobie z chorobą oraz jej następstwami, a także zmianami jakości życia [3, 5]. Wyróżnia się dwa style zmagania się z chorobą: konstruktywny i destrukcyjny. Styl konstruktywny obejmuje strategię pozytywnego przewartościowania i ducha walki, natomiast na styl destrukcyjny składa się beznadzieja–beznadziejność oraz zaabsorbowanie lękowe. Wybór przez osoby aktywnych strategii zmagania się z chorobą (pozytywne przewartościowanie i duch walki) wpływa na lepsze rokowanie, długość przeżycia, mniejszy odsetek nawrotów i lepszą jakość życia, w porównaniu z pasywnym nastawieniem do choroby (beznadzieja–beznadziejność, zaabsorbowanie lękowe). Określenie preferowanych strategii jest przydatne w procesie leczenia oraz rehabilitacji. Aktywna postawa wobec choroby pozwala realnie ocenić możliwości, poszukiwać wsparcia i podejmować aktywność społeczną [5].

Akceptacja choroby to zgoda na zmiany w życiu. W chorobach przewlekłych, nieuleczalnych i nawracających w sytuacji braku zgody na akceptację zmian i ograniczeń dochodzi do wyczerpania i beznadziei [6]. W chorobie nowotworowej pojawia się trudność wynikająca z przystosowania się do choroby. Negatywne emocje obniżyć może adaptacja do nowej sytuacji. Jak wynika z badań im wyższa adaptacja choroby, tym lepsza jej akceptacja [7]. Rozwijanie zasobów osobistych i optymistycznego nastawienia do życia, przyjmowanie postawy tolerancji wobec negatywnych następstw choroby, a także mobilizowanie w sytuacjach trudnych, to istotne elementy w sytuacji choroby nowotworowej. Umożliwiają one przystosowanie do choroby oraz zwiększają szanse na radzenie sobie z nią [8, 9]. Celem badań było określenie związku między akceptacją a przystosowaniem do choroby nowotworowej u pacjentów leczonych onkologicznie.

Materiał i metody

W badaniach wzięło udział 229 losowo wybranych pacjentów w Szpitalu Specjalistycznym Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego w Brzozowie. Przeprowadzono je zgodnie z zasadami Deklaracji Helsińskiej i miały one charakter dobrowolny oraz anonimowy. Respondentów poinformowano o celu

badania oraz mieli możliwość wycofania swojej zgody na udział na każdym etapie ich trwania. Kryteriami włączenia pacjentów do badań były: rozpoznanie choroby nowotworowej, stan zdrowia pozwalający na wypełnienie kwestionariusza ankiety oraz pisemna zgoda na udział w badaniu. Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, a techniką ankieta. Zastosowano autorski kwestionariusz ankiety oraz dwa standaryzowane narzędzia badawcze: Skalę Akceptacji Choroby (AIS, *Acceptance of Illness Scale*) i Skalę Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej (Mini-MAC, *Mental Adjustment to Cancer*) w adaptacji Z. Juczyńskiego. W autorskim kwestionariuszu ankiety zawarto pytania odnoszące się do sytuacji bio-psycho-społecznej chorych i sytuacji zdrowotnej. Skala AIS autorstwa Felton, Revenson i Hinrichsen (1984) i polskiej adaptacji Z. Juczyńskiego stosowana jest w badaniu stopnia akceptacji choroby [10, 11]. Umożliwia określenie trudności oraz ograniczeń spowodowanych chorobą. Zawiera 8 stwierdzeń dotyczących negatywnych następstw złego stanu zdrowia, wynikających z ograniczeń choroby, poczucia uzależnienia od innych i obniżonego poczucia własnej wartości. Odpowiedzi udziela się w 5-stopniowej skali Likerta od 1 do 5 (1 — zdecydowanie zgadzam się, 5 — zdecydowanie nie zgadzam się). Maksymalna liczba punktów wynosi 40 [10, 12] i świadczy o stopniu akceptacji choroby. Za niski wynik oznaczający brak akceptacji oraz przystosowania, a także silne poczucie dyskomfortu psychicznego uznaje się wynik do 19 punktów. Średni stopień akceptacji choroby to wartość 20–30 punktów, natomiast liczba punktów powyżej 30 wskazuje na wysoki stopień akceptacji [12]. Wysoki wynik to lepsza adaptacja oraz brak negatywnych emocji, świadczące o niskim poczuciu dyskomfortu psychicznego [10, 12]. Skala Mini-MAC autorstwa Watsona i wsp. (1988) w adaptacji Z. Juczyńskiego (1997) zawiera 29 stwierdzeń. Umożliwia ocenę strategii i stylów radzenia sobie z chorobą nowotworową. Wyróżnia się 4 strategie zmagania się z chorobą: pozytywne przewartościowanie, duch walki, beznadzieja–beznadziejność oraz zaabsorbowanie lękowe. Dwie pierwsze strategie składają się na styl destrukcyjny w walce z chorobą, natomiast kolejne dwie na styl konstruktywny. Punktacja w zakresie każdej strategii zawiera się w przedziale 7–28 punktów i obejmuje odpowiedzi na 7 pytań. Każde z nich oceniane jest w skali od 1 do 4 pkt (1 — zdecydowanie nie, 2 — raczej nie, 3 — raczej tak, 4 — zdecydowanie tak). Suma punktów dwóch strategii przekształcana jest na jednostki standaryzowane (stena) w skali 1–10. Wyniki 1–4 stena (10–24 pkt.) to niskie przystosowanie, 5–6 stena (25–29 pkt.) przeciętne, a 7–10 stena (30–40 pkt.) wysokie. Im wyższe wartości, tym większe nasilenie zmagania się z chorobą [10, 11]. W analizie

Tabela 1. Stwierdzenia dotyczące akceptacji choroby nowotworowej u osób leczonych onkologicznie w skali AIS**Table 1.** Statements regarding the acceptance of cancer in patients treated oncologically on the AIS scale

Lp.	AIS (8–40 pkt.)	n	(\bar{x})	Me	SD	Min.	Maks.
1.	Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę	229	2,61	3,00	1,36	1,00	5,00
2.	Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię	229	2,91	3,00	1,23	1,00	5,00
3.	Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny	229	3,27	3,00	1,25	1,00	5,00
4.	Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę	229	3,22	3,00	1,26	1,00	5,00
5.	Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla rodziny i przyjaciół	229	3,44	4,00	1,29	1,00	5,00
6.	Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem	229	3,15	3,00	1,27	1,00	5,00
7.	Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być	229	3,22	3,00	1,22	1,00	5,00
8.	Myszę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby	229	3,24	3,00	1,31	1,00	5,00
Ogółem		229	3,13	3,00	1,27	1,00	5,00
			25,03	24,00	7,531	8	40

AIS (*Acceptance of Illness Scale*) — Skala Akceptacji Choroby; n — liczba; (\bar{x}) — średnia; Me — Mediana; SD (*standard deviation*) — odchylenie standardowe; Min. — minimum; Maks. — maksimum

statystycznej przyjęto poziom istotności $p \leq 0,05$. Zastosowano test Tau-b Kendalla oraz korelację rang Spearmana (r_s). Przy dodatniej korelacji wraz ze wzrostem wartości jednej zmiennej wzrastają wartości drugiej zmiennej, natomiast przy ujemnej, wraz ze wzrostem wartości jednej zmiennej maleją wartości drugiej. Im bardziej zbliżona wartość korelacji do „1”, tym wyższy jest stopień zależności.

Średnia wieku ankietowanych osób to 56,1 roku, najmłodszy pacjent miał 18 lat, a najstarszy 84 lata. Największy odsetek chorych (24,9%) był w wieku 61–70 lat. Mniej pacjentów było w wieku 51–60 lat (22,3%) oraz 41–50 lat (21,8%). Osób powyżej 71 lat było 16,6%. Najmniejszy odsetek to chorzy poniżej 40 lat (14,4%). Kobiety stanowiły 59,0%, a mężczyźni 41,0% ogółu badanych. W związku małżeńskim było 66,4% badanych, a stanu wolnego 33,6% osób. W mieście mieszkało 54,1%, natomiast na wsi 45,9% badanych. Największy odsetek miał wykształcenie średnie 44,1%. Niemal co trzeci respondent deklarował wykształcenie zawodowe 30,1%, 15,7% — wyższe, natomiast podstawowe 10,0% badanych. Ponad połowa ankietowanych (58,1%) była na emeryturze lub rencie. Zawodowo pracowało 27,1% osób. Zasiłek otrzymywało 11,8% badanych, natomiast 3,0% wskazało na inne źródła utrzymania. Średni czas od rozpoznania choroby nowotworowej to 7,71 miesiąca, a czas leczenia 7,17 miesiąca.

Wyniki

Pacjenci z chorobą nowotworową wykazali najwyższą akceptację choroby w zakresie stwierdzenia „Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla rodziny i przyjaciół” (3,44), a najniższą odnośnie „Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę” (2,61) (tab. 1).

W skali przystosowania do choroby nowotworowej najniższą ocenę wskazano odnośnie stwierdzenia „Mam ochotę się poddać” (1,21), a najwyższą „Odałem się w ręce Boga” (3,39). Pozostałe wyniki przedstawiono w tabeli 2.

Nie wykazano korelacji między stopniem akceptacji choroby a stylem konstruktywnym zmagania się z chorobą nowotworową ($p = 0,105$) (tab. 3). Im wyższy stopień akceptacji choroby, tym niższe było nasilenie stylu destrukcyjnego zmagania się z chorobą nowotworową ($p = 0,017$) (tab. 3). Przy wyższym stopniu akceptacji choroby nowotworowej stwierdzono niższe natężenie strategii bezzadność–beznadziejność ($p = 0,001$) (tab. 3). Akceptacja choroby nowotworowej nie korelowała z żadną z aktywnych strategii zmagania się z chorobą nowotworową, to znaczy duch walki ($p = 0,233$) (tab. 3) oraz pozytywne przetwarzanie ($p = 0,144$) (tab. 3).

Większy odsetek pacjentów, u których wykazano niski stopień akceptacji choroby wykazał wysokie nasilenie stylu destrukcyjnego zmagania się z choro-

Tabela 2. Stwierdzenia dotyczące przystosowania do choroby nowotworowej u osób leczonych onkologicznie w skali Mini-MAC
Table 2. Statements regarding adaptation to cancer in persons treated oncologically on the Mini-MAC scale

Lp.	Stwierdzenia w skali Mini-MAC	n	(\bar{x})	Me	SD	Min.	Maks.
1.	Mam ochotę się poddać	229	1,21	1,00	0,51	1,00	4,00
2.	Jestem zatrwożony z powodu zachorowania	229	2,65	3,00	0,94	1,00	4,00
3.	Jestem zdecydowany pokonać tę chorobę	229	3,41	3,00	0,63	1,00	4,00
4.	Staram się nie myśleć o swojej chorobie	229	3,22	3,00	0,69	1,00	4,00
5.	Jestem zadowolony z lat, które przeżyłem, a to, co mi zostało, jest jakby dodatkowo darowane	229	3,29	3,00	0,72	1,00	4,00
6.	Czuję, że życie jest beznadziejne	229	2,18	2,00	0,92	1,00	4,00
7.	To jest niszczące uczucie	229	2,49	3,00	0,88	1,00	4,00
8.	Moja choroba mobilizuje mnie do walki	229	3,29	3,00	0,69	1,00	4,00
9.	To, że nie myślę o swojej chorobie, pomaga mi	229	3,22	3,00	0,70	1,00	4,00
10.	Oddałem się w ręce Boga	229	3,39	4,00	0,79	1,00	4,00
11.	Czuję się całkiem zagubiony i nie wiem, co robić	229	2,69	3,00	0,85	1,00	4,00
12.	Jestem bardzo zaniepokojony z powodu choroby	229	2,98	3,00	0,73	1,00	4,00
13.	Próbuję walczyć z chorobą	229	3,38	3,00	0,56	1,00	4,00
14.	Rozmyślnie odsuwam od siebie wszystkie myśli o nowotworze	229	3,22	3,00	0,66	1,00	4,00
15.	Odkąd wykryto u mnie raka, zdaję sobie sprawę, jak cenne jest życie i staram się je wykorzystać	229	3,35	3,00	0,77	1,00	4,00
16.	Nie potrafię uporać się ze swoją chorobą	229	2,84	3,00	0,88	1,00	4,00
17.	Jestem trochę przestraszony	229	3,07	3,00	0,75	1,00	4,00
18.	Jestem nastawiony bardzo optymistycznie	229	3,17	3,00	0,73	1,00	4,00
19.	Odwracam swoją uwagę, gdy nadchodzą mnie myśli o chorobie	229	3,22	3,00	0,69	1,00	4,00
20.	Czuję, że nie mogę nic zrobić, żeby sobie pomóc	229	2,58	3,00	0,88	1,00	4,00
21.	Boję się, że nowotwór powróci lub mój stan się pogorszy	229	3,17	3,00	0,67	1,00	4,00
22.	Jestem wdzięczny za to, co osiągnąłem	229	3,21	3,00	0,65	1,00	4,00
23.	Mam wrażenie, że to koniec świata	229	2,34	2,00	0,87	1,00	4,00
24.	Odczuwam silną złość z powodu tego, co mi się przytrafiło	229	2,55	3,00	0,93	1,00	4,00
25.	Obecnie staram się przeżywać każdy dzień	229	3,27	3,00	0,66	1,00	4,00
26.	Nie radzę sobie	229	2,57	3,00	0,81	1,00	4,00
27.	Trudno mi zrozumieć, że przydarzyło się to właśnie mnie	229	2,86	3,00	0,81	1,00	4,00
28.	Nie mam wielkich nadziei na przyszłość	229	2,65	3,00	0,78	1,00	4,00
29.	Jestem załęczony	229	2,82	3,00	0,78	1,00	4,00

Mini-MAC (*Mental Adjustment to Cancer*) — Skala Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej

bą nowotworową (50,0%), a zdecydowanie mniejszy niskie jego natężenie (25,0%) ($p = 0,05$) (tab. 4). U osób z wysoką akceptacją choroby w skali AIS wykazano, że 33,3% z nich miało wysokie, 30,6% średnie, a tylko 5,0% niskie nasilenie stylu destrukcyjnego zmagania się z chorobą ($p = 0,05$) (tab. 4).

Największy odsetek osób z niską akceptacją choroby nowotworowej (42,9%) wykazał niskie nasilenie konstruktywnego zmagania się z chorobą nowotwo-

rową, a o połowę mniej pacjentów z takim poziomem akceptacji choroby uzyskało średni (17,0%) i wysoki stopień (24,5%) stylu konstruktywnego ($p = 0,05$) (tab. 5). Większy odsetek pacjentów z wysokim stopniem akceptacji choroby wykazał średnie (37,5%) i wysokie (20,9%) nasilenie zmagania się z chorobą nowotworową, a zdecydowanie mniej niskie (14,3%) ($p = 0,05$) (tab. 5). Pozostałe wyniki przedstawiono w tabeli 5.

Dyskusja

Funkcjonowanie osoby chorej zależy od stopnia adaptacji i przystosowania do choroby. Przystosowanie do choroby jest procesem trwającym w czasie i ma związek ze stresorami wynikającymi z choroby. Wskaźnikami adaptacji i przystosowania do choroby są aktywne życie codzienne oraz zdolność do zmagania się z dystresem [13]. Od kilku lat popularne jest poszukiwanie zależności między psychologicznym funkcjonowaniem a chorobą nowotworową [14, 15]. Zwraca się coraz większą uwagę na proces adaptacji i radzenie sobie z chorobą nowotworową [15]. Jest

Tabela 3. Współczynniki korelacji między akceptacją choroby a stylami i strategiami zmagania się z chorobą nowotworową

Table 3. Correlation coefficients between acceptance of disease and styles and strategies of coping with cancer

Lp.	Korelacje r_s		AIS
1.	Zaabsorbowanie lękowe	r_s	-0,037
		p	0,581
2.	Duch walki	r_s	-0,079
		p	0,233
3.	Bezradność-beznadziejność	r_s	-0,213
		p	0,001
4.	Pozytywne przewartościowanie	r_s	-0,097
		p	0,144
5.	Styl destrukcyjny	r_s	-0,158
		p	0,017
6.	Styl konstruktywny	r_s	-0,108
		p	0,105

AIS (*Acceptance of Illness Scale*) — Skala Akceptacji Choroby; r_s — korelacja rang Spearmana

to o tyle ważne, że liczba zachorowań na ten rodzaj chorób przewlekłych wzrasta i jest na wysokim poziomie [15–17]. Przeprowadzono dotąd wiele badań podejmujących problematykę związku akceptacji choroby z przystosowaniem do choroby nowotworowej [3, 4, 18–22].

Choroba nowotworowa stanowi stresor biologiczny oraz psychiczny i wpływa na funkcjonowanie osoby chorej. Niesie konsekwencje emocjonalne, poznawcze i behawioralne. Stres wywołuje sama choroba, proces leczenia oraz rokowanie, zmiana sytuacji rodzinnej i zawodowej. Występowanie i nasilenie reakcji emocjonalnych związanych z chorobą nowotworową zmienia się w czasie trwania choroby. Mogą mieć one charakter prawidłowy, wynikający z adaptacji do choroby, albo patologiczny, związany z nieprzystosowaniem do choroby [17, 23]. Choroby nowotworowe dotyczą sfery psychicznej, emocjonalnej i społecznej osób. Zmiana w tych aspektach funkcjonowania wpływa na proces terapii choroby. Dość często na różnym etapie trwania choroby pojawiają się zaburzenia psychiczne o zmiennym nasileniu. Do częstych zaburzeń zalicza się: brak adaptacji, depresję, lęk, ból, stres i zmęczenie. Ważnym jest więc objęcie pacjenta holistyczną opieką, w której obok lekarza i pielęgniarki istotne miejsce należy do psychiatry i psychologa [16].

Proces przystosowania do choroby nowotworowej według Kübler-Ross przebiega etapowo od zaprzeczenia, gniewu, targowania się, depresji aż po akceptację. Jednak nie wszyscy chorzy przechodzą te etapy oraz nie zawsze występują one w powyższej kolejności [24]. Najbardziej pożądanym w przystosowaniu do choroby jest etap akceptacji [15]. Styl przystosowania się do choroby i akceptacji choroby zmienia się w czasie leczenia. Wykazano także wpływ niektórych zmiennych medycznych i demograficznych na analizowany

Tabela 4. Stopień akceptacji choroby a styl destrukcyjny zmagania się z chorobą nowotworową u pacjentów

Table 4. The degree of disease acceptance and the destructive style of dealing with cancer by patients

Lp.	AIS	Styl destrukcyjny			Ogółem	
		Niski	Średni	Wysoki		
1.	Niski	N	9	30	10	49
		%	25,0	17,3	50,0	21,4
2.	Średni	N	15	90	9	114
		%	41,7	52,0	45,0	49,8
3.	Wysoki	N	12	53	1	66
		%	33,3	30,6	5,0	28,8
Ogółem		N	36	173	20	229
		%	100,0	100,0	100,0	100,0

AIS (*Acceptance of Illness Scale*) — Skala Akceptacji Choroby; p = 0,05, Tau-b Kendalla = -0,12

Tabela 5. Stopień akceptacji choroby a styl konstruktywny zmagania się z chorobą nowotworową przez pacjentów
Table 5. The degree of acceptance of the disease and the style of constructive coping with cancer by patients

Lp.	AIS		Styl konstruktywny			Ogółem
			Niski	Średni	Wysoki	
1.	Niski	N	3	19	27	49
		%	42,9	17,0	24,5	21,4
2.	Średni	N	3	51	60	114
		%	42,9	45,5	54,5	49,8
3.	Wysoki	N	1	42	23	66
		%	14,3	37,5	20,9	28,8
Ogółem		N	7	112	110	229
		%	100,0	100,0	100,0	100,0

AIS (*Acceptance of Illness Scale*) — Skala Akceptacji Choroby; $p = 0,05$, Tau-b Kendalla = $-0,12$

problem [15, 18]. Wiadomym jest, że pacjenci onkologiczni deklarujący mniejsze zaabsorbowanie lękowe, mniejszą bezradność i większą wolę walki, prezentują równocześnie lepszy poziom funkcjonowania fizycznego, poznawczego, emocjonalnego i społecznego. Rzadziej uskarżają się na negatywne somatyczne dolegliwości. Jakość życia u nich jest wyższa niż pacjentów, u których dominują strategie bezradności i zaabsorbowania lękowego [25]. Dodatkowo im większa akceptacja choroby, tym mniejsze nasilenie niepokoju oraz korzystniejsza ocena choroby [19]. Widoczny jest związek czynników wpływających na radzenie sobie z chorobą oraz akceptację. Wśród nich są: czas i rodzaj leczenia, rehabilitacja oraz czynniki socjo-demograficzne. Lepszy stan psychiczny wpływa na wyniki leczenia, rehabilitacji i powrót osób z chorobą nowotworową do życia w społeczeństwie [20].

Osoby, które zaakceptowały chorobę nowotworową, wykazywały niższy poziom zaabsorbowania lękowego oraz bezradności–beznadziejności [20]. Podobne korelacje uzyskały Kozak i wsp. [3] oraz Ogińska-Bulik [4]. Akceptacja choroby ma związek ze stylem zmagania się z chorobą. W badaniach własnych potwierdzono istnienie korelacji między poziomem akceptacji choroby a stosowaniem konstruktywnego stylu radzenia sobie z chorobą i składających się na niego strategii. Analizując wartości stenowe odpowiedzi, zaobserwowano słabą tendencję, że im wyższa akceptacja choroby, tym częściej pacjenci wskazywali na konstruktywny styl zmagania się z chorobą. Podobne wyniki uzyskała Ruszkiewicz i wsp. [17], Franke i wsp. [20] oraz Kaźmierczak i wsp. [21], Kozak [3] i Ogińska-Bulik [4] oraz Kapela i wsp. [22]. W jednych z badań wykazano zależność między akceptacją choroby a pozytywnym przewartościowaniem [19]. U pacjentów w badaniach Kapela i wsp. [22] potwierdzono, że im wyższy poziom akceptacji choroby, tym

wyższy poziom strategii ducha walki. W badaniach Dobrowolskiej [14] akceptacja choroby powodowała bardziej optymistyczne podejście do życia oraz pozytywne przewartościowanie sytuacji i lepsze przechodzenie procesu leczenia [14]. Akceptacja choroby wpływa na: zaabsorbowanie lękowe, ducha walki, bezradność–beznadziejność oraz styl destrukcyjny. Lepsze funkcjonowanie fizyczne wykazuje się u osób, które nie przejawiają bezradności i lęku [14].

Rozpatrując akceptację choroby w odniesieniu do stylu destrukcyjnego zmagania się z chorobą w badaniach własnych, uzyskano zależność, że im niższa akceptacja, tym większe nasilenie stylu destrukcyjnego. Identyczną korelację wykazali Kaźmierczak i wsp. [21] i Kapela i wsp. [22] oraz Ruszkiewicz i wsp. [17]. W badaniach własnych wykazano przy większej akceptacji choroby niskie nasilenie strategii bezradność–beznadziejność, natomiast w badaniach Kapela i wsp. [22] i innych autorów zdecydowanie niższe jak w doniesieniach własnych zaabsorbowanie lękowe [19].

Wnioski

Akceptacja choroby nowotworowej u pacjentów miała związek z przyjmowanym stylem oraz strategią zmagania się z chorobą. Znajomość stylu i strategii zmagania się z chorobą nowotworową oraz związku z akceptacją choroby pozwala zaplanować działania psychoterapeutyczne wobec osób z chorobą nowotworową, stanowiące uzupełnienie procesu leczenia.

Piśmiennictwo

1. De Walden-Gałuszko K, Kaptacz A. (red.). Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2005.
2. Kaźmierczak M, Kubiak I, Gebuza G, et al. Czynniki determinujące akceptację choroby przez kobiety leczone

- z powodu zmian patologicznych szyjki macicy. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*. 2015; 21(2): 181–186, doi: [10.5604/20834543.1152917](https://doi.org/10.5604/20834543.1152917).
3. Kozak G. Zróżnicowanie strategii radzenia sobie z nowotworem chorych w przebiegu wybranych nowotworów złośliwych. *Anest Ratow*. 2012; 6: 162–170.
 4. Ogińska Bulik N. Rola prężności psychicznej kobiet w przystosowaniu się do choroby nowotworowej. *Psychoonkologia*. 2011; 15(1): 2–9.
 5. Rogala D, Mazur A, Maślińska M, et al. Przystosowanie do choroby nowotworowej u pacjentek z rakiem szyjki macicy. *Pielęgniarstwo Polskie*. 2016; 60(2): 170–174, doi: [10.20883/pielpol.2016.6](https://doi.org/10.20883/pielpol.2016.6).
 6. Lewandowska-Abucewicz T, Kęcka K, Brodowski J. Akceptacja choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii w województwie zachodniopomorskim – badania wstępne. *Fam Med Primary Care Rev*. 2016; 18(2): 143–148.
 7. Pasek M, Dębska G. Interdyscyplinarna opieka nad pacjentem z chorobą nowotworową. . Wydawnictwo Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne Sp. z o.o. – Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2011.
 8. Bussell VA, Naus MJ. A longitudinal investigation of coping and posttraumatic growth in breast cancer survivors. *J Psychosoc Oncol*. 2010; 28(1): 61–78, doi: [10.1080/07347330903438958](https://doi.org/10.1080/07347330903438958), indexed in Pubmed: [20391066](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20391066/).
 9. White B, Driver S, Warren AM. Resilience and indicators of adjustment during rehabilitation from a spinal cord injury. *Rehabil Psychol*. 2010; 55(1): 23–32, doi: [10.1037/a0018451](https://doi.org/10.1037/a0018451), indexed in Pubmed: [20175631](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20175631/).
 10. Mazurek J, Lurbiecki J. Skala Akceptacji Choroby i jej znaczenie w praktyce klinicznej. *Pol. Merkuriusz Lek*. 2014; 36(212): 106–108.
 11. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Wydawnictwo Pracownia Testów PTP, Warszawa 2001.
 12. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji zdrowia. . Wydawnictwo Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2009.
 13. Kozaka J. Kliniczny przebieg choroby nowotworowej a przystosowanie psychiczne. *Current Gynecologic Oncology*. 2015; 13(1): 27–43.
 14. Dobrowolska M. Wybrane zasoby psychologiczne pacjentek chorych na raka jajnika a stopień nasilenia skutków ubocznych chemioterapii. *Psychoonkol*. 2013; 2: 56–61.
 15. Jabłoński M, Furgał M, Dudek D, et al. Miejsce psychoonkologii we współczesnej psychiatrii. *Psychiatr Pol*. 2008; 42(5): 749–765.
 16. Sesiuk A, Rzepiela L. Wybrane zaburzenia psychiczne w przebiegu chorób nowotworowych. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*. 2016; 16(3): 21–26.
 17. Ruszkiewicz M, Kreft K. Correlates of the acceptance of illness in a group of cancer patients. *Psychoonkologia*. 2017; 21(2): 37–44, doi: [10.5114/pson.2017.71378](https://doi.org/10.5114/pson.2017.71378).
 18. Boryczko-Pater B, Baron A, Szalencik J, et al. Dynamika przystosowania do choroby i jej akceptacji u pacjentów z nowotworami głowy i szyi. *Otolaryngologia Polska*. 2011; 65(3): 48–53, doi: [10.1016/s0030-6657\(11\)70654-0](https://doi.org/10.1016/s0030-6657(11)70654-0).
 19. Bąk-Sosnowska M, Oleszko K, Skrzypulec-Plinta V. Adaptacja psychologiczna dojrzałych kobiet w pierwszych dobach po zabiegu mastektomii. *Prz Menopauz*. 2013; 12(2): 120–124.
 20. Franke E, Kupcewicz E. Akceptacja i przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej. *Przeds Zarz*. 2014; 15(12): 373–387.
 21. Kaźmierczak U, Bułatowicz I, Radziwińska A, et al. Zaburzenia psychospołeczne występujące u kobiet po mastektomii. *J Health Sci*. 2013; 3(10): 337–346.
 22. Kapela I, Bąk E, Krzemińska SA, et al. Ocena poziomu akceptacji choroby i satysfakcji z życia u chorych na raka jelita grubego leczonych chemioterapią. *Piel Zdr Publ*. 2017; 26(1): 53–61.
 23. Lelonek B, Cieślak B, Kamusińska E. Problematyka stresu w chorobie nowotworowej. *Probl Pielęg*. 2013; 21(1): 128–136.
 24. Kübler-Ross E. *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Wydawnictwo PAX, Warszawa 1979.
 25. Woodard TD, Oplatek A, Petruzelli GJ. Life after total laryngectomy: a measure of long-term survival, function, and quality of life. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2007; 133(6): 526–532, doi: [10.1001/archotol.133.6.526](https://doi.org/10.1001/archotol.133.6.526), indexed in Pubmed: [17576901](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17576901/).