

AKCEPTACJA CHOROBY I SPOSOBY RADZENIA SOBIE ZE STRESEM U OSÓB PO WSZCZEPIENIU ENDOPROTEZY STAWU BIODROWEGO

Disease acceptance and ways of coping with the emotional
stress of people after a total hip replacement



Krystyna Kurowska, Beata Rumińska

Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej, Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2011; 4: 203-210

Adres do korespondencji:

dr n. med. Krystyna Kurowska, Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej, Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK w Toruniu,
ul. Techników 3, 85-801 Bydgoszcz, tel. +48 52 585 21 94, e-mail: krystyna_kurowska@op.pl

Streszczenie

Wstęp: Pragnieniem ludzkości jest życie bez chorób i stresu. Większość osób nie potrafi zaakceptować choroby, doświadcza przykrych doznań emocjonalnych, rzadziej podejmuje wysiłki zmierzające do zmiany tej sytuacji.

Cel pracy: Określenie poziomu akceptacji choroby i sposobów radzenia sobie ze stresem u pacjentów po wszczępieniu endoprotezy stawu biodrowego.

Materiał i metody: Przebadano 98 pacjentów po operacji alopastyki stawu biodrowego przebywających na Oddziale Urazowo-Ortopedycznym w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Toruniu przy ul. św. Józefa.

Akceptację choroby oceniono za pomocą skali akceptacji choroby (*Acceptance of Illness Scale* – AIS) w adaptacji Z. Juczyńskiego, a pomiar radzenia sobie w sytuacjach stresowych z zastosowaniem kwestionariusza CISS Endlera i Parkera, w polskiej adaptacji autorstwa Szczepanika, Strelaua i Wrześniewskiego.

Wyniki: Badana grupa uzyskała przeciętną akceptację choroby. Najczęściej stosowanym stylem był styl zadaniowy, rzadziej emocjonalny i unikowy. Akceptacja choroby malała wraz ze wzrostem stylu skoncentrowanego na emocjach.

Wnioski: Otrzymane wyniki mogą mieć wpływ na przygotowanie pacjenta do samodzielnej egzystencji z chorobą. Pozwalają lepiej zaplanować opiekę nad tym chorym, wdrożyć działania mające na celu pomoc w zaakceptowaniu choroby.

Słowa kluczowe: choroba, akceptacja choroby, stres.

Summary

Background: Every woman and man wishes themselves life with no disease and stress. Most of people cannot accept the fact of disease. They feel unpleasant emotionally. More seldom they make an effort to change this situation.

Aim of the study: The aim of the study was to assess the disease acceptance level and ways of coping with emotional stress of patients who underwent a total hip replacement.

Material and methods: 98 patients after a total hip replacement were included in the study. All surgical operations were done at St. Joseph's County Hospital in Toruń.

The disease acceptance was assessed by means of AIS Juczyński questionnaire and the emotional stress coping questionnaire: the CISS Endler and Parker questionnaire in Polish modification authorised by Szczepanik, Strelau and Wrzesniewski.

Results: The members of assessed group reached the average acceptance of disease. The style of coping with the emotional stress which was most often detected in the assessed group was so called task style. More seldom it was – “emotional” and “avoidance” style. The disease acceptance decreased with the increasing of the “emotional” style of coping with the emotional stress.

Conclusions: The results can help to prepare better the patient with a total hip, replacement to live with the disease. They also help to plan better the patients treatment. They also allow to start the activity which aims to help in disease acceptance.

Key words: disease, disease acceptance, stress.

Wstęp

Życie przynosi nam wiele przyjemnych doświadczeń, wydarzeń, sytuacji, ale też straty, takie jak śmierć bliskich, utrata pracy czy pojawienie się choroby. W biegu zapominamy o rzeczach ważnych dla naszego zdrowia, zatrzymujemy się w chwili, kiedy nasz organizm alarmuje, pojawiają się pierwsze objawy choroby. Każdy z nas inaczej reaguje na fakt choroby, jedni bardziej akceptują ten stan, inni nie mogą pogodzić się z tą sytuacją. Osoby, które potrafią zaakceptować swoją chorobę, chętniej podejmują trud walki o powrót do zdrowia, doświadczają mniej negatywnych emocji [1]. Towarzyszem codziennego życia jest stres. Według powszechnego osądu jest on czymś złym i niepożądanym [2]. Codziennie przeżywamy większe i mniejsze napięcia emocjonalne, prawie każdego dnia spotykają nas sytuacje wywołujące stres [3]. Motywuje on nas do podejmowania działań.

Celem niniejszej pracy było określenie poziomu akceptacji choroby i sposobów radzenia sobie ze stresem u osób po wszczepieniu endoprotezy stawu biodrowego.

Materiał i metody

Zaprezentowane badania stanowią wycinek realizacji szerszego projektu analizującego jakość życia osób po wszczepieniu endoprotezy stawu biodrowego. Badania przeprowadzono w okresie od maja 2010 do kwietnia 2011 r. w grupie 98 pacjentów po operacji aloplastyki stawu biodrowego przebywających na Oddziale Urazowo-Ortopedycznym w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Toruniu przy ul. św. Józefa, za zgodą komisji bioetycznej Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (KB/231/2010). W przeprowadzonych badaniach wykorzystano skalę akceptacji choroby (*Acceptance of Illness Scale* – AIS) w adaptacji J. Zuczyńskiego, kwestionariusz CISS w adaptacji autorstwa Szczepanika, Strelaua i Wrześniewskiego, który służy do oceny stylów radzenia sobie, oraz ankietę własnej konstrukcji odnoszącą się do różnych aspektów życia (dane osobowe, sytuacja rodzinna, społeczna, objawy choroby, ograniczenia związane z chorobą).

Skala AIS zawiera osiem stwierdzeń opisujących konsekwencje złego stanu zdrowia. Sprowadzają się one do uznania ograniczeń narzuconych przez chorobę, braku samowystarczalności, poczucia zależności od innych osób i obniżonego poczucia własnej wartości. Służy ona do pomiaru stopnia akceptacji choroby. Im większa akceptacja choroby, tym lepsze przystosowanie i mniejsze poczucie dyskomfortu psychicznego. Odpowiedzi uszeregowano, nadając im wartość punktową: od *zdecydowanie zgadzam się* – 1, do *zdecydowanie nie zgadzam się* – 5. Uzyskanie najmniejszej liczby punktów (1) oznacza złe przystosowanie do choroby, natomiast zdecydowany brak zgody (5) – akceptację choroby. Suma punktów od 8 do 40 jest ogólną miarą stopnia akceptacji choroby [1].

Kwestionariusz CISS zawiera 48 pozycji – odpowiedzi każdej z nich są punktowane w skali od 1 do 5, zgodnie z punktacją przedstawioną na arkuszu odpowiedzi – oraz składa się z trzech skal. Skala *styl skoncentrowany na zadaniu* (SSZ) określa styl radzenia sobie ze stresem, w którym główny nacisk położony jest na zadanie lub planowanie rozwiązania problemu. Skala *styl skoncentrowany na emocjach* (SSE) określa styl radzenia sobie ze stresem, który charakteryzuje się tendencją do koncentracji na sobie, własnych przeżyciach emocjonalnych, takich jak złość, poczucie winy, napięcie. Skala *styl skoncentrowany na unikaniu* (SSU) określa styl radzenia sobie ze stresem, który charakteryzuje się tendencją do wystrzegania się myślenia, przeżywania i doświadczania sytuacji stresowej. Skala SSU zawiera dwie podskale: angażowanie się w czynności zastępcze (ACZ), np. oglądanie telewizji, objadanie się, oraz poszukiwanie kontaktów towarzyskich (PKT). Osiągnięty wynik ocenia się w odniesieniu do norm stenowych. Przy ocenie wyników stenowych skorzystano z następującej kategoryzacji: sten 1–3 to wyniki niskie, sten 4–7 – wyniki przeciętne, sten 8–10 – wyniki wysokie [4].

Do opisu zmiennych wykorzystano statystyki opisowe (średnia arytmetyczna, minimum, maksimum, odchylenie standardowe) oraz rozkłady zmiennych. Badanie związków przeprowadzono za pomocą współczynnika korelacji liniowej Spearmana. Za istotne statystycznie przyjęto wartości testu spełniające warunek, że $p < 0,05$. Analizy wykonano za pomocą pakietu statystycznego STATISTICA 6.0.

Wyniki

Analiza danych pokazuje, że kobiety stanowiły większość w grupie badanych (67,3%). Średnia wieku respondentów wynosiła ponad 64 lata (od 29 do 85 lat), większość miała wykształcenie zawodowe (35,7%) i średnie (28,6%), pozostawała w związkach małżeńskich (62,2%), mieszkała w mieście (68,4%) z rodziną (51,3%), posiadała potomstwo (95,9%). Z pracy zawodowej utrzymywało się 14,3% badanych, z emerytury 57,1% i z renty 22,4%. Większość badanych (68,8%) miała dobrą sytuację materialną. Średni czas choroby kobiet wyniósł 8 lat, mężczyzn 9,5 roku. Czas oczekiwania na zabieg aloplastyki stawu biodrowego zarówno u kobiet, jak i mężczyzn wyniósł ponad 1,5 roku. W większości badanych okres oczekiwania wydawał się długi (53,2%). Osoby badane twierdziły, że objawem choroby (zwyrodnienie stawów biodrowych) powodującym największe cierpienie był ból (59,8%), ograniczenie ruchomości (38,7%). Przed zabiegiem stosowali farmakoterapię i rehabilitację (41,8%). Ich zdaniem stosowana terapia nie przyniosła pożądanego efektu (58,2%). Choroba spowodowała ograniczenia w wykonywaniu czynności dnia codziennego wg 29,5% badanych. Zależność od innych osób w związku z chorobą zgłosiło 72,4% osób.

Tabela 1. Średnie wyniki pozycji kwestionariusza AIS (N = 98)

Nr	Odpowiedź	Średnia	SD	Minimum	Maksimum	Mediana
1.	Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę.	2,62	1,5163	1,0	5,0	3,0
2.	Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię.	2,16	1,4480	1,0	5,0	1,0
3.	Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny.	3,30	1,6635	1,0	5,0	3,5
4.	Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych, niż tego chcę.	2,55	1,5540	1,0	5,0	2,5
5.	Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół.	3,71	1,5598	1,0	5,0	4,5
6.	Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się człowiekiem pełnowartościowym.	3,14	1,6807	1,0	5,0	3,0
7.	Nigdy nie będę samowystarczalny w takim stopniu, w jakim chciałbym być.	2,66	1,6987	1,0	5,0	2,0
8.	Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby.	3,48	1,5613	1,0	5,0	4,0

Z analizy skali AIS (tab. 1.) wynika, że ze wszystkich obszarów akceptacji choroby najwyżej oceniono twierdzenie „myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby” (średnia 3,48) oraz „choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół” (średnia 3,71). Najniżej oceniono aspekt „problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych, niż tego chcę” (średnia 2,55) i „z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię” (średnia 2,16). Średnia akceptacji choroby (AIS) wyniosła dla badanej grupy 23,65 punktu, co świadczy o średnim przystosowaniu się do choroby. Odchylenie standardowe wynosiło ponad 36,8% wartości przeciętnej, co z kolei świadczy o bardzo dużym zróżnicowaniu wyników AIS. Można powiedzieć, że zdecydowaną akceptację choroby przejawiało zaledwie 31,6% pacjentów, były to osoby, które uzyskały powyżej 30 punktów. Zatem średnia z każdego aspektu AIS oscylowała w granicach 4–5 punktów. Sprawdzono również, czy istnieje różnica i/lub zależność pomiędzy płcią, wiekiem, miejscem zamieszkania i wykształceniem a uzyskanymi wynikami akceptacji choroby. Nie odnotowano istotnej statystycznie różnicy pomiędzy grupami płci w kwestii akceptacji choroby i jej pozycji. Test Spearmana wykazał tylko dwie istotne statystycznie korelacje z wiekiem. W korelacji niskiej z grupami wiekowymi znalazły się kwestie: „choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny” ($r = -0,2197$; $t = -2,2063$; $p < 0,0298$) i wyniki ogólne AIS ($r = -0,2397$; $t = -2,4189$; $p < 0,0174$). W korelacji średniej natomiast: „mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę” ($r = -0,3012$;

$t = -3,0944$; $p < 0,0026$) i „z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię” ($r = -0,3908$; $t = -4,1597$; $p < 0,0001$). Najwyższe wyniki w kwestii „mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę” przejawiali badani w wieku 56–65 lat, a najniższe powyżej 75 lat. Wraz ze wzrostem grupy wiekowej malały wyniki w kwestii: „z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię”. Najwyższe wyniki w kwestii „choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny” prezentowali badani do 55 lat, najniższe powyżej 75 lat. Wraz ze wzrostem grupy wiekowej obniżały się wyniki AIS. Mieszkańcy miasta prezentowali wyższe wyniki akceptacji choroby w kwestii „problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych, niż tego chcę”. Odnotowano cztery istotne statystycznie korelacje z wykształceniem. W korelacji niskiej z wykształceniem znalazły się kwestie: „mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę” ($r = 0,2322$; $t = 2,3392$; $p < 0,0214$), „choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny” ($r = 0,2737$; $t = 2,7882$; $p < 0,0064$), „problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych, niż tego chcę” ($r = 0,2484$; $t = 2,5124$; $p < 0,0137$) i wyniki ogólne AIS ($r = 0,2958$; $t = 3,0341$; $p < 0,0031$). W korelacji średniej natomiast: „z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię” ($r = 0,3332$; $t = 3,4625$; $p < 0,0008$). Najwyższe wyniki akceptacji choroby prezentowali badani z wyższym wykształceniem, najniższe z podstawowym.

Średnia dla grupy w skali punktowej stylu radzenia sobie ze stresem (tab. 2.) polegającym na podejmowaniu za-

Tabela 2. Średnie wyniki pozycji kwestionariusza CISS (N = 98)

	SSZ		SSE		SSU		ACZ		PKT	
	punkty	steny	punkty	steny	punkty	steny	punkty	steny	punkty	steny
\bar{X}	60,81	7	43,78	5	46,80	6	19,38	6	18,58	6
SD	9,7417	2,2124	13,008	2,4245	8,1935	1,8191	4,5601	1,6113	4,0890	2,1116
Min.	41,0	2,0	16,0	1,0	20,0	1,0	8,0	1,0	5,0	1,0
Maks.	77,0	10,0	75,0	10,0	68,0	10,0	36,0	10,0	25,0	10,0
Mediana	61,0	7,0	44,5	5,0	47,0	6,0	20,0	6,0	18,5	6,0
Percentyl 85.	72,0	9,0	59,0	8,0	55,0	8,0	24,0	7,0	23,0	9,0
Percentyl 95.	75,0	10,0	65,0	9,0	62,0	10,0	26,0	8,0	25,0	10,0

dań (SSZ) wyniosła 60,81 punktu (mediana – sten 7). Stwierdzić zatem można, że badani w sytuacjach stresu przeciętnie koncentrują się na podejmowaniu wysiłków zmierzających do rozwiązania problemu poprzez poznawcze przekształcenia lub próby zmiany sytuacji. Najliczniejszą grupę stanowili badani, którzy w skali SSZ uzyskali sten 9 (19,4%) oraz sten 5, 6 i 7 (po 15,3%). Zdecydowana większość uzyskała wyniki przeciętne. Wyniki wysokie uzyskało 36,8% badanych. Skala SSE dotyczy stylu charakterystycznego dla osób, które w sytuacjach stresowych wykazują tendencję do koncentracji na sobie, na własnych przeżyciach emocjonalnych, takich jak złość, poczucie winy czy napięcie. Średnia grupy w tej skali wyniosła 43,78 punktu (mediana – sten 5). Zatem można wnioskować, że większość z badanych nie miała tendencji do myślenia życzeniowego i fantazjowania, czym właśnie mogliby zmniejszyć napięcie emocjonalne związane z sytuacją stresową. Najliczniejszą grupę stanowili badani, którzy uzyskali sten 3 (18,8%), sten 7 (34,5%), sten 6 (18,4%) oraz sten 8 (14,3%). Wyniki te świadczą właśnie o braku tendencji do myślenia życzeniowego i fantazjowania. Najliczniejsza grupa badanych uzyskała wyniki przeciętne (52,0%). Wyniki wysokie uzyskało 20,4%. Skala SSU określa styl radzenia sobie ze stresem charakterystyczny dla osób, które w sytuacjach stresowych wykazują tendencję do wystrzegania się myślenia, przeżywania i doświadczenia tej sytuacji. Średnia grupy w tej skali wyniosła 46,80 punktu (mediana – sten 6). Można stwierdzić, że większość z badanych osób nie miewa tendencji do wystrzegania się myślenia, przeżywania i doświadczenia w sytuacjach stresowych. Najliczniejszą grupę wśród badanych stanowią osoby, które uzyskały sten 6 (26,5%) oraz sten 5 (22,4%). W dalszej kolejności sten 7 (16,3%). Zdecydowana większość uzyskała wyniki przeciętne (71,4%). Wyniki wysokie uzyskało 20,4%. Styl ten może przyjmować dwie formy: angażowanie się w czynności zastępcze (ACZ) lub poszukiwanie kontaktów towarzyskich (PKT). Średnia grupy w podskali ACZ to 19,38 punktu (mediana

– sten 6). Można wnioskować, że większość z badanych osób niezbyt angażuje się w czynności zastępcze, takie jak oglądanie telewizji, objadanie się, myślenie o sprawach przyjemnych, sen. Najliczniejszą grupę wśród badanych stanowią osoby, które uzyskały sten 5 (30,6%) i sten 6 (26,5%). W dalszej kolejności sten 7 (14,3%). Zdecydowanie najliczniejszą grupę stanowiły osoby o wynikach przeciętnych (80,6%). Wyniki wysokie to 10,2%. Średnia grupy w podskali PKT to 18,58 punktu (mediana – sten 6). W tym przypadku również można stwierdzić, że większość z badanych osób nie angażuje się w czynności zastępcze, takie jak poszukiwanie kontaktów towarzyskich. Najliczniejszą grupę badanych stanowią osoby, które w tej podskali uzyskały sten 6 (28,6%) i sten 8 (15,3%), w dalszej kolejności sten 9 (13,3%). Większość badanych uzyskała wyniki przeciętne (57,1%). Wyniki wysokie uzyskało 35,7%. Porównanie wyników uzyskanych w poszczególnych skalach pozwala na określenie dominującego sposobu radzenia sobie ze stresem. O dominacji mówimy wtedy, gdy wynik uzyskany w danej skali jest istotnie wyższy od wyników w dwóch pozostałych skalach. Analiza intraindywidualna wyników w skalach pozwala także na wyodrębnienie osób, które w takim samym stopniu przejawiają wszystkie trzy style (nie ma istotnych różnic między wynikami w poszczególnych skalach), oraz osób, u których nie można określić dominującego stylu, ponieważ wyniki w jednej skali są istotnie wyższe od wyników w drugiej skali, ale nie różnią się od wyników w trzeciej skali. Badana grupa to osoby w przedziale wiekowym 25-54 lata (18 osób), 55-79 lat (74 osoby) oraz powyżej 79 lat (6 osób), które zakwalifikowano do grupy 55–79 lat. Uzyskane wyniki porównano z wynikami odnotowanymi w próbach normalizowanych tych grup wiekowych. W przypadku grupy wiekowej powyżej 79 lat zastosowano steny dla grupy wiekowej 55–79 lat. W badanej grupie widoczna była dominacja dwóch, a nawet trzech stylów radzenia sobie w sytuacjach stresowych. Trzy style przejawiało 31,6%, a dwa style 29,6% osób. Kolejna liczna grupa to badani

przejawiający styl SSZ – 23,5%. Zatem uzyskane wyniki nie są porównywalne z wynikami normalizacyjnymi. Wśród dwóch stylów dominujących najliczniejszą grupę stanowili badani preferujący styl SSZ i SSU (22,4%), najmniej liczną SSZ i SSE (2,0%). Dominującym stylem wśród badanych był styl SSZ. Style radzenia sobie ze stresem nie pozostawały w istotnej statystycznie korelacji z wiekiem, wykształceniem, natomiast wyniki AIS pozostawały w istotnej statystycznie, niskiej korelacji z wynikami ACZ oraz w korelacji średniej z wynikami SSE (tab. 3.). Wraz ze wzrostem wyników SSE malały wyniki AIS, natomiast wraz ze wzrostem wyników stylu ACZ obniżały się wyniki AIS. Wyniki AIS pozostawały w istotnej korelacji średniej z ocenami bólu zarówno w skali opisowej, jak i numerycznej (tab. 4.). Bez istotności statystycznej z wynikami bólowymi po zabiegu. Wraz ze wzrostem bólu w skali opisowej przed zabiegiem malał wynik AIS, natomiast ze wzrostem bólu w numerycznej skali intensywności bólu przed zabiegiem zmniejszał się wynik AIS. Wyjątek stanowili badani, którzy wskazali ból na poziomie 3,0, mający nieco niższe wyniki AIS od badanych, którzy określili swój ból jako 4,0. Wyższe wyniki akceptacji choroby uzyskiwali badani niemający poczucia uzależnienia od innych osób w związku z chorobą.

Dyskusja

Każda choroba w życiu człowieka jest sytuacją trudną i stresującą, szczególnie jeśli jest to choroba przewlekła. Często wiążą się z nią upośledzenia funkcji biologicznych organizmu, niesprawność fizyczna, kalectwo, a także zmiany w funkcjonowaniu psychicznym i społecznym pacjenta [5]. Niekiedy istnieje konieczność poddania się operacji. Zwlekanie bądź niepodjęcie leczenia prowadzi do pogłębiania się procesu chorobowego, wyłączenia z życia społecznego, uzależnienia od innych osób. Pacjenci po wszczępieniu endoprotezy stawu biodrowego są grupą chorych, która ma możliwość powrotu do normalnego funkcjonowania i pełnego zdrowia. Większość osób podejmuje ten typ leczenia, aby powrócić do aktywnego, pozbawionego bólu życia. Przeprowadzone badania dotyczące akceptacji choroby oraz sposobów radzenia sobie ze stresem pozwalają na zweryfikowanie założonych problemów badawczych. Dowiedziono, iż osoby po wszczępieniu endoprotezy stawu biodrowego różnią się między sobą po-

Tabela 3. Korelacje wyników CISS i wyników AIS ($N = 98$)

Wynik	R	t(N-2)	p
SSZ	-0,0268	-0,2622	0,7937
SSE	-0,4183	-4,5127	0,0000
SSU	-0,0601	-0,5898	0,5567
ACZ	-0,2129	-2,1348	0,0353
PKT	0,0185	0,1809	0,8568
Style	-0,0447	-0,4380	0,6623

ziomem akceptacji choroby. Średnia akceptacji choroby (AIS) wyniosła dla badanej grupy 23,65 punktu. Zdecydowaną akceptację przejawiało tylko 31 osób. Uzyskano bardzo duże zróżnicowanie wyników. Większość badanych średnio akceptowała stan, w jakim się znalazła. Na uzyskany wynik wpływ miały jednostka chorobowa oraz objawy, które powodowały nie tylko dolegliwości bólowe, ograniczenie i spadek sprawności fizycznej, lecz także specyficzne problemy w codziennym życiu i uzależnienie od pomocy innych powodujące poczucie utraty samodzielności i wolności. Chorym trudno było zaakceptować taki stan, jednak poddawali się leczeniu operacyjnemu, aby móc powrócić do optymalnego stanu zdrowia. Z licznych przeprowadzonych badań dowiadujemy się, jakie wyniki akceptacji choroby uzyskują pacjenci z innymi schorzeniami. Podobne wyniki uzyskali Niedzielski i wsp. Przeprowadzili oni badania wśród osób przewlekle chorych, uzyskując wyniki: u osób z niewydolnością nerek – 24,50, z cukrzycą – 23,33, z chorobą niedokrwienną serca – 23,50, z astmą – 25,56. Pacjenci poddani badaniu prezentowali podobny poziom przystosowania się do choroby. Wykazali zależność między akceptacją choroby a płcią, niższy poziom występował u kobiet. W przeprowadzonych badaniach takiej zależności nie wykazano. Zdecydowanie wyższy poziom akceptacji choroby uzyskały osoby w wieku przed 55. rokiem życia, mieszkańcy miasta wykazywali wyższy wynik niż wsi. Średnia akceptacji choroby dla zbadanej grupy chorych mieściła się w tym samym przedziale [6]. W przeprowadzonych badaniach uzyskano podobne wyniki. Kaczmarczyk poddała badaniu grupę osób starszych w wieku 65 lat i więcej z domów pomocy społecznej (DPS) i ze środowiska domowego. Uzyskała ona następujący wynik akceptacji choroby przez mieszkańców DPS 23,5 ±6,7.

Tabela 4. Korelacja skali bólu i akceptacji choroby ($N = 98$)

Pozycja	R	t(N-2)	p
AIS i opisowa skala bólu przed zabiegiem	-0,4152	-4,4712	0,0002
AIS i numeryczna skala intensywności bólu przed zabiegiem	-0,3859	-4,0984	0,0009
AIS i opisowa skala bólu po zabiegu	-0,1506	-1,4931	0,13870
AIS i numeryczna skala intensywności bólu po zabiegu	-0,1359	-1,3444	0,18197

Wynik jest prawie identyczny z uzyskanym w badaniach (średnia bowiem wyniosła 23,65) [7]. Wyższy poziom akceptacji choroby uzyskano w badaniach przeprowadzonych przez Walewską i wsp. wśród pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego. Ponad połowa badanych (62%) uzyskała wysoki wynik, czyli dobrą akceptację stanu chorobowego, 20% uzyskało wynik 14–22 punktów, co wg autorów oznacza brak akceptacji. Znacznie wyższy procent osób uzyskało wysoki poziom akceptacji w porównaniu z wynikiem uzyskanym w przeprowadzonych badaniach [8]. Wykazano, że pacjenci po wszczepieniu endoprotezy stawu biodrowego różnią się preferowanymi stylami radzenia sobie ze stresem. Wyniki ukształtowały się na poziomie przeciętnym. Wśród badanych wystąpiły wszystkie rodzaje stylów. Wiodącym sposobem radzenia sobie ze stresem było łączenie trzech stylów jednocześnie. Łącząc style radzenia ze sobą, chorzy mają większe możliwości skutecznego uporania się z trudną sytuacją. Rozpatrując style z osobna, najczęściej występującym był styl zadaniowy, rzadziej styl skoncentrowany na emocjach i unikaniu. Styl zadaniowy jest najbardziej pożądanym stylem, sprzyja podejmowaniu działań mających na celu rozwiązanie problemu poprzez poznawcze przekształcenie bądź próbę zmiany sytuacji. Możliwe, że dzięki stosowaniu takiego stylu radzenia sobie ze stresem pacjenci poddali się zabiegowi wszczepienia endoprotezy stawu biodrowego, chcąc zmienić sytuację, w jakiej się znaleźli. Większość badanych nie wykazywała tendencji do myślenia życzeniowego i fantazjowania, czym mogliby zmniejszyć napięcie emocjonalne. Nie wykazywano też tendencji do wystrzegania się myślenia, przeżywania i doświadczania sytuacji trudnych. Podobne wyniki uzyskano w grupie osób z nowotworem płuc. Najczęściej stosowanym stylem był styl zadaniowy (60,97), rzadziej emocjonalny (56,51) i unikowy (53,32). W badanej grupie wiek, płeć, stan cywilny, potomstwo, zatrudnienie, sytuacja materialna nie wpływały istotnie statystycznie na style radzenia sobie ze stresem. Sytuacja zamieszkiwania okazała się czynnikiem różnicującym dla stosowania stylu emocjonalnego, gdyż osoby mieszkające samotnie wykazywały niższy poziom tej zmiennej. Wykształcenie okazało się czynnikiem różnicującym dla stosowania stylu unikowego, osoby z niższym wykształceniem (52,6) zdecydowanie rzadziej stosowały styl unikowy niż osoby z wykształceniem średnim (55,6) i wyższym [9]. U Sokołowskiego i Szymczak, którzy badali poczucie koherencji i lęku u osób chorych na nowotwór płuca oczekujących na zabieg chirurgiczny, również najczęściej stosowanym stylem był styl zadaniowy, rzadziej emocjonalny i unikowy [10]. Zbieżne wyniki uzyskali Bidzin, Smutek i wsp., którzy prowadzili badania wśród kobiet leczonych operacyjnie z powodu nowotworu narządów rodnych oczekujących na zabieg. Pacjentki po zabiegu chirurgicznym częściej stosowały styl radzenia sobie oparty na zadaniu, natomiast oczekujące na zabieg styl emocjonalny [11]. Pacjenci po zabiegu chirurgicznym wszcze-

pienia endoprotezy stawu biodrowego także w większości prezentowali styl zadaniowy. W badaniach osób z rozpoznaną cukrzycą typu 2 wykazano, że najwięcej z nich stosowało styl zadaniowy, stosunkowo wysokie wyniki uzyskały także style unikowy i emocjonalny [12]. Nieco inne wyniki otrzymali Bidzin i Smutek, którzy przeprowadzili badania wśród pacjentek operowanych z powodu wysiłkowego nietrzymania moczu. Kobiety najczęściej prezentowały emocjonalny styl radzenia sobie ze stresem. Niemal równie często stosowały styl zadaniowy, znacznie rzadziej styl unikania. Wyniki te częściowo są zbieżne, rozbieżność dotyczy łączenia stylów. W przeprowadzonych badaniach pacjenci najczęściej łączyli styl zadaniowy z unikowym, a najrzadziej zadaniowy i emocjonalny. Stylami najczęściej stosowanymi w badaniach ww. autorów były styl zadaniowy i emocjonalny [13]. Inne wyniki otrzymali Wrzesińska i Kocur badający pacjentów z czynnościową depresją i zespołem jelita wrażliwego. Dowiedli, że pacjenci z depresją częściej stosowali styl unikowy, natomiast pacjenci z zespołem jelita wrażliwego styl skoncentrowany na emocjach [14]. W przeprowadzonych badaniach potwierdzono istnienie związku między poziomem przystosowania się do choroby a preferowanymi stylami radzenia sobie ze stresem. Wykazano dwie istotnie statystycznie korelacje. Akceptacja choroby malała wraz ze wzrostem stylu skoncentrowanego na emocjach. Osoby preferujące ten styl charakteryzują się tendencją do koncentrowania się na sobie i własnych emocjach, takich jak złość, poczucie winy. Często odczuwają duże napięcie emocjonalne, co utrudnia im podjęcie działań zmierzających do rozwiązania problemu, a co za tym – zaakceptowanie stanu, w jakim się znalazły. Wraz ze wzrostem stylu skoncentrowanego na unikaniu, w tym na angażowaniu się w czynności zastępcze, malały wyniki akceptacji choroby, pozostając w niskiej korelacji. Strategia ta ukierunkowana jest głównie na regulację emocji, redukcję lęku, gniewu czy smutku. Potwierdzono istnienie zmiennych pośredniczących mających bezpośredni wpływ na akceptację choroby i sposoby radzenia sobie ze stresem. Wykazano istotne statystycznie korelacje między akceptacją choroby a wiekiem – im wyższy wiek, tym mniejsza akceptacja choroby. Na powikłania dotyczące choroby nakładają się dolegliwości związane z naturalnym procesem starzenia się. Pojawiają się ograniczenia, które są trudne do zaakceptowania. Podobne wyniki uzyskali Karna-Matyjaszek i wsp., którzy badali pacjentów z rozpoznaną jaskrą pierwotną otwartego kąta. W przeprowadzonych badaniach wiek i wykształcenie miały wpływ na uzyskane wyniki. Najmniejszą akceptację choroby wykazały osoby z podstawowym wykształceniem oraz osoby starsze [15]. Mieszkańcy miasta prezentowali wyższe wyniki akceptacji choroby. Stan taki może być związany z większymi ich możliwościami w porównaniu z mieszkańcami wsi. Dotyczyć one mogą zarówno dostępności leczenia, jak i możliwości skorzystania z różnego rodzaju wsparcia. Wykazano istotne statystycznie korelacje z wy-

kształceniem. Najwyższe wyniki uzyskały osoby z wykształceniem wyższym, a najniższe z podstawowym. Można stwierdzić, że osobom takim łatwiej jest zrozumieć istotę własnej choroby. Wpływ wykształcenia na akceptację choroby potwierdziły także Józefowska i Majda, które przeprowadziły badania wśród pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP) hospitalizowanych z powodu zaostrzenia choroby na wybranych oddziałach pulmonologicznych na terenie Śląska. Najwyższy wskaźnik akceptacji osiągnęły osoby z wykształceniem wyższym oraz będące w przedziale wiekowym od 51 do 60 lat [16]. Wykazano, że na akceptację choroby wpływ ma również poczucie uzależnienia od innych. Wydaje się, że stan taki jest wynikiem spadku wydolności fizycznej, konieczności korzystania z pomocy innych osób, utraty poczucia niezależności i wolności. Osoby mające takie odczucia przejawiały mniejszą akceptację. Podobne wyniki uzyskali Wiraszka i Leonek, którzy objęli badaniami hospitalizowanych pacjentów chorujących na białaczkę. Wyższe wyniki uzyskali pacjenci funkcjonujący samodzielnie, deklarujący samodzielność w sytuacjach trudnych. Istotny statystycznie okazał się także poziom odczuwanego bólu. Wyniki uzyskane w skali AIS pozostawały w istotnej korelacji średniej z wynikami uzyskanymi zarówno w skali opisowej, jak i numerycznej [17]. Trudno jest zaakceptować życie, w którym na co dzień doświadcza się bólu. Podobną zależność zauważyły w swoich badaniach Rolka i wsp., którzy przeprowadzili badania wśród osób z migreną. Pacjenci, u których występowały liczne napady bólu, w zdecydowanie mniejszym stopniu akceptowali chorobę [18]. Odmienne wyniki dotyczące wpływu bólu na wynik AIS otrzymali Kułak i Kondzior. Badania przeprowadzili wśród pacjentów z rozpoznaną dyskopatią kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego i nie wykazali zależności między bólem a akceptacją choroby [19]. W przeprowadzonych badaniach nie dowiedziono istnienia zmiennych pośredniczących mających wpływ na style radzenia sobie ze stresem. Zarówno wiek, płeć, wykształcenie, jak i miejsce zamieszkania nie pozostawały w istotnej statystycznie korelacji. Odmienne wyniki uzyskali Słowik i Wysocka-Pleczyk. W ich badaniach płeć okazała się istotna w kontekście preferowanych stylów radzenia sobie ze stresem. Mężczyźni częściej niż kobiety stosowali styl skoncentrowany na zadaniu, u kobiet częściej występował styl skoncentrowany na emocjach. Osoby zamieszkujące z kimś przejawiały niższy styl emocjonalny, osoby z wykształceniem podstawowym i zawodowym rzadziej stosowały styl skoncentrowany na unikaniu [20]. Częściowo odmienne wyniki uzyskano u osób z rozpoznaną chorobą nowotworową, w tym nowotworem jajnika i jądra. Płeć była czynnikiem różnicującym dla stylu zadaniowego. Kobiety częściej niż mężczyźni prezentowały styl zadaniowy, który wiązał się z wiekiem w sposób zgodny. Oznaczało to, że styl zadaniowy częściej wybierały osoby starsze. Osoby mające dzieci częściej stosowały styl skoncentrowany na zadaniu. Na stosowanie tego stylu miało rów-

nież wpływ zatrudnienie oraz aktywność życiowa. Styl emocjonalny preferowały osoby z gorszą sytuacją materialną. Na style radzenia sobie ze stresem nie miały wpływu stan cywilny, miejsce zamieszkania i wykształcenie [21]. Częściowo zbieżne wyniki przedstawiają badania w grupie chorych z wyłonioną kolostomią z powodu raka jelita grubego. Dowiedziono, że wiek, płeć, stan cywilny, wykształcenie, wykonywana praca, warunki mieszkaniowe, źródło utrzymania nie miały wpływu na preferowane style radzenia sobie ze stresem. Miejsce zamieszkania różnicowało styl zadaniowy oraz styl emocjonalny – osoby mieszkające w mieście miały wyższe wyniki w zakresie stylu zadaniowego. Jednocześnie częściej prezentowały styl emocjonalny w porównaniu z mieszkańcami wsi [22]. W przeprowadzonych badaniach takiego wniosku nie dowiedziono. Przedstawione powyżej wyniki zarówno badań własnych, jak i innych badaczy wskazują, że istnieje potrzeba ukierunkowania działań na uzyskanie przez pacjentów akceptacji choroby. Znajomość stylu radzenia sobie ze stresem pozwoli na lepsze zrozumienie tych chorych, a personelowi wskaże kierunek działań, jakie należy podjąć.

Wnioski

1. Osoby po wszczęciu endoprotezy stawu biodrowego różniły się między sobą poziomem przystosowania się do choroby (23,65 punktu – przeciętna akceptacja choroby).
2. Badani wykorzystywali wszystkie style radzenia sobie ze stresem, najczęściej styl zadaniowy, rzadziej emocjonalny i unikowy.
3. Wykazano związek między poziomem przystosowania się do choroby a preferowanymi stylami radzenia sobie ze stresem. Akceptacja choroby malała wraz ze wzrostem stylu skoncentrowanego na emocjach. Wraz ze wzrostem ACZ (angażowanie się w czynności zastępcze) spadały wyniki w skali AIS.

Piśmiennictwo

1. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001; 171-174.
2. Selye H. Stres okiełznany. Państwowy Instytut Wydawniczy. Warszawa 1977; 30-34.
3. Wons A. Stres i radzenie sobie ze stresem. W: Trzcieniecka-Green A (red.). Psychologia. Podręcznik dla studentów kierunków medycznych. Universitas, Kraków 2006; 359-375.
4. Strelau J, Jaworowska A, Wrześniewski K, Szczepaniak P. Kwestionariusz radzenia sobie w sytuacjach stresowych. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2007; 16.
5. Sierakowska M, Sierakowski S, Wróblewska M, Krajewska-Kułak E. Problemy zdrowotne pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów i ich wpływ na jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia. Reumatologia 2010; 6: 372-379.
6. Niedzielski A, Humeniuk E, Błaziak P, Fedoruk D. Stopień akceptacji choroby w wybranych chorobach przewlekłych. Wiadomości Lekarskie 2007; LX: 5-6.
7. Kaczmarczyk M. Poziom akceptacji choroby osób starszych zamieszkujących w różnych środowiskach. Studia Medyczne 2008; 12: 29-33.

8. Walewska E, Ściśło L, Kózka M, Grabowiec P. Jakość życia chorych z wrzodzącym zapaleniem jelita grubego. *Ann UMCS Sect D* 2005; 60: 147.
9. Kurowska K, Wielandt K. Poczucie koherencji a radzenie sobie z chorobą u osób z rozpoznaniem raka płuca. *Problemy Pielęgniarstwa* 2010; 1: 11-16.
10. Sokołowski J, Szymczak J. Poczucie koherencji a lęk u chorych na nowotwór płuca oczekujących na operację i u osób zdrowych. *Psychoonkologia* 1999; 4: 35-45.
11. Bidzan M, Smutek J, Zielonka A i wsp. Strategie radzenia sobie ze stresem u kobiet leczonych operacyjnie z powodu nowotworu narządów rodnych. *Psychoonkologia* 1998; 7-12: 41-47.
12. Kurowska K, Frąckowiak M. Wsparcie społeczne a radzenie sobie w przebiegu choroby na przykładzie cukrzycy typu 2. *Diabetologia Praktyczna* 2010; 11: 101-107.
13. Bidzan M, Smutek J, Grzybowska M. Strategie radzenia sobie ze stresem kobiet z wysiłkowym nietrzymaniem moczu. *Annales UMCS, Lublin* 2004; LIX, Suppl. XIV, 29: 143-148.
14. Wrześcińska M, Kocur J. Ocena wybranych cech osobowości i stylów radzenia sobie ze stresem u pacjentów z depresją czynnościową i zespołem jelita nadwrażliwego. *Psychiatria Polska* 2008; XLII: 709-717.
15. Karna-Matjaszek U, Sierżantowicz R, Mariak Z. Akceptacja własnej choroby przez pacjentów z rozpoznana jaskrą. *Pol Merk Lek* 2010; XXVIII: 37-41.
16. Józefowska H, Majda A. Zasoby osobiste i wskaźniki kliniczne u pacjentów z POChP. *Onkologia Info* 2010; 7: 11-18.
17. Wiraszka G, Leonek B. Funkcjonowanie chorego z białaczką a akceptacja choroby nowotworowej. *Studia Medyczne* 2008; 10: 21-26.
18. Rolka H, Krajewska-Kułak E, Drozdowski W i wsp. Akceptacja choroby i strategie radzenia sobie z bólem, jako istotne komponenty oceny, jakości życia zależnej od stanu zdrowia chorych z migreną. *Doniesienie wstępne. Problemy Pielęgniarstwa* 2009; 17: 178-183.
19. Kułak W, Kondzior D. Dyskopatia kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego w korelacji z natężeniem bólu, depresją i akceptacją choroby. *Probl Hig Epidemiol* 2010; 91: 153-157.
20. Stowik P, Wysocka-Pleczyk M. Wpływ poczucia koherencji na radzenie sobie w zależności od płci. *Sztuka Leczenia* 1999; 3: 83-88.
21. Kurowska K, Jaworska M. Poczucie koherencji a style radzenia sobie z chorobą u osób z rozpoznaniem raka jajnika i jądra. *Problemy Pielęgniarstwa* 2010; 18: 429-434.
22. Kurowska K, Bartoszek M. Poczucie koherencji a style radzenia sobie u osób z wyłonią kolostomią z powodu raka jelita grubego. *Współczesna Onkol* 2008; 12: 1-7.