

## Poziom akceptacji choroby przez seniorów ze schorzeniami kardiologicznymi

### *The level of acceptance of the disease by seniors with cardiological diseases*

Ilona Mruk<sup>1</sup>, Wiesław Fidecki<sup>2</sup>, Mariusz Wysokiński<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Akademia Nauk Stosowanych im. prof. E. Lipińskiego w Kielcach

<sup>2</sup>Pracownia Umiejętności Klinicznych, Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

<sup>3</sup>Zakład Podstaw Pielęgniarstwa, Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

#### Streszczenie

**Wprowadzenie.** Każda choroba somatyczna przyczynia się do występowania trudności w funkcjonowaniu, a także wywołuje wiele negatywnych emocji. Powoduje poczucie zagrożenia, a symptomy i dolegliwości występujące w czasie jej trwania powodują dyskomfort fizyczny oraz psychiczny. Stopień akceptacji choroby odgrywa ważną rolę w zaadaptowaniu się chorego do nieznannej dotychczas rzeczywistości. **Cel.** Celem pracy było określenie poziomu akceptacji choroby przez pacjentów ze schorzeniami kardiologicznymi. **Materiał i metody.** Badaniem zostało objętych 110 seniorów przebywających w szpitalach na terenie województwa świętokrzyskiego. Średnia wieku badanych wynosiła 67,75 lat. Kobiety stanowiły 57,27% badanych. Badania przeprowadzono za pomocą Skali Akceptacji Choroby – *Acceptance of Illness Scale* (AIS). **Wyniki.** W ocenie skalą AIS badani seniorzy uzyskali wynik na poziomie średniej 29,33 pkt. Mężczyźni uzyskali nieco lepszy wynik (29,53 pkt.) w porównaniu z kobietami (29,19 pkt.). Najlepiej chorobę akceptowały osoby z wykształceniem wyższym (32,90 pkt.). Osoby u których choroba trwa do 3 lat również lepiej akceptowały swoją chorobę (35,40 pkt.). **Wnioski.** Badana grupa seniorów ze schorzeniami kardiologicznymi prezentowała średni poziom akceptacji choroby. Wiek, poziom wykształcenia i długość trwania choroby istotnie wpływały na poziom akceptacji choroby w badanej grupie pacjentów. *Geriatrics 2023;17:5-9. doi: 10.53139/G.20231703*

*Słowa kluczowe: seniorzy, akceptacja choroby, schorzenia kardiologiczne*

#### Abstract

**Introduction.** Each somatic disease contributes to the occurrence of difficulties in functioning, and also causes many negative emotions. It causes a sense of danger, and the symptoms and ailments occurring during its duration cause physical and mental discomfort. The degree of acceptance of the disease plays an important role in the patient's adaptation to the hitherto unknown reality. **Objective.** The aim of the study was to examine the level of acceptance of the disease in patients with cardiac diseases. **Material and methods.** The study included 110 seniors staying in hospitals in the Świętokrzyskie Voivodeship. The average age of the respondents was 67.75 years. Women accounted for 57.27% of the respondents. The research was carried out using the Acceptance of Illness Scale (AIS). **Results.** In the assessment of the AIS scale, the surveyed seniors obtained an average score of 29.33 points. Men scored slightly better (29.53 points) than women (29.19 points). People with higher education accepted it best (32.90 points). People with the disease lasting up to 3 years accepted their disease better (35.40 points). **Conclusions.** The examined group of seniors with cardiac diseases presented an average level of acceptance of the disease. Age, level of education and duration of the disease had a significant impact on the level of acceptance of the disease in the study group of patients. *Geriatrics 2023;17:5-9. doi: 10.53139/G.20231703*

*Keywords: seniors, acceptance of the disease, cardiological diseases*

## Wprowadzenie

Akceptacja choroby to pogodzenie się z jej skutkami, zrozumienie strat i ograniczeń, które z niej wynikają. Jest to stan pożądaný u każdego pacjenta, ponieważ odgrywa bardzo ważną rolę w procesie leczenia i ma niezwykle istotny wpływ na psychikę oraz funkcjonowanie osoby chorej. Jednak należy wspomnieć, że akceptacja jest procesem trudnym i złożonym, zarówno dla pacjenta, jego bliskich jak i personelu medycznego, często musi upłynąć wiele czasu zanim pacjent pogodzi się ze swoim schorzeniem [1].

Stopień akceptacji choroby niewątpliwie jest zależny od wielu czynników. Można je podzielić na dwie grupy:

- czynniki zależne od pacjenta (np. wiek, wykształcenie, cechy osobowościowe);
- czynniki związane z chorobą (rodzaj schorzenia, jego wpływ na funkcjonowanie).

Analizując pierwszą grupę czynników wpływających na przystosowanie się do choroby bardzo istotny jest wiek pacjenta [2]. Osoba starsza, która do momentu wystąpienia choroby była samodzielna, aktywna, służyła pomocą młodszemu pokoleniu, w momencie zachorowania często czuje się bezużyteczna, zależna od innych [3]. W podeszłym wieku bardzo trudno pogodzić się z warunkami narzuconymi przez chorobę. Osoby starsze w takich momentach często mówią o śmierci, pojawia się depresja [4]. W przeciwieństwie do osób młodych, które mając całe życie przed sobą, stopniowo adaptują się do choroby, pacjenci geriatryczni często nie widzą sensu dalszego życia [5].

Każda choroba somatyczna przyczynia się do występowania trudności w funkcjonowaniu, a także wywołuje wiele negatywnych emocji. Powoduje poczucie zagrożenia, a symptomy i dolegliwości występujące w czasie jej trwania powodują dyskomfort fizyczny oraz psychiczny. Stopień akceptacji choroby odgrywa ważną rolę w zaadaptowaniu się chorego do nieznanego dotychczas rzeczywistości. Akceptacja choroby jest świadomą zgodą prowadzącą do przyjęcia ograniczeń i nacisków wywieranych przez schorzenie, pozwala podtrzymać lub wprowadzić poczucie sprawstwa i własnej wartości, sprawowania kontroli nad swoim zdrowiem, podwyższenie stopnia odczuwania pozytywnych emocji, oddziałuje tym samym na polepszenie indywidualnie odczuwanej jakości życia [6].

Akceptacja choroby ułatwia prawidłowe funkcjonowanie mimo rozmaitych ograniczeń, zagrożeń i problemów, które powoduje utrata zdrowia. Wiedza

na temat przyczyn i skutków choroby, a także znajomość jej możliwych powikłań daje szansę na skuteczną samokontrolę i wprowadzenie zachowań prozdrowotnych celem polepszenia jakości życia [7].

## Cel

Celem pracy było określenie poziomu akceptacji choroby przez pacjentów ze schorzeniami kardiologicznymi.

## Materiał i metody

Badaniem zostało objęte 110 seniorów przebywających na terenie województwa świętokrzyskiego. Badania przeprowadzono zgodnie z zasadami etycznymi. Badani pacjenci wyrazili świadomą i dobrowolną zgodę na udział w badaniach. Średnia wieku badanych wynosiła 67,75 lat. Kobiety stanowiły 57,00% badanych. Większość badanych (69,00%) zamieszkiwało środowisko wiejskie. Charakterystykę badanej grupy prezentuje tabela I.

Tabela I. Charakterystyka badanej grupy

Table I. Characteristics of the research pool

	Zmienna	%
Płeć	Kobieta	57,00
	Mężczyzna	43,00
Miejsce zamieszkania	Miasto	31,00
	Wieś	69,00
Stan cywilny	Małżeństwo	43,00
	Owdowiali	57,00
Wykształcenie	Podstawowe	9,00
	Zawodowe	29,00
	Średnie	35,00
	Wyższe	27,00
Czas trwania choroby	do 3 lat	31,80
	4-9 lat	43,60
	10+ lat	24,60

Badania przeprowadzono za pomocą skali Acceptance of Illness Scale (AIS). Zawiera ona osiem stwierdzeń dotyczących konsekwencji złego stanu zdrowia. Zdecydowana zgoda (ocena 1) wyraża złe przystosowanie do choroby, zaś zdecydowany brak zgody (ocena 5) oznacza akceptację choroby. Wynik oceny mieści się w zakresie 8-40 punktów. Niski wynik oznacza brak akceptacji choroby, zaś wynik wysoki świadczy o przystosowaniu się do życia z chorobą i jej akceptacji [8].

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Przyjęto poziom istotności  $p < 0,05$  wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic lub zależności.

## Wyniki

W ocenie skalą AIS badana grupa pacjentów uzyskała wynik na poziomie średniej  $29,33 \pm 8,58$  pkt.

Nieco wyższy poziom akceptacji prezentowali mężczyźni (29,53 pkt.) w porównaniu z kobietami (29,19 pkt.). Jednak różnica była tak niewielka, że nie wykazywała istotności statystycznej.

Również stopień akceptacji choroby nie różnił się istotnie pomiędzy mieszkańcami miasta (29,52 pkt.) a mieszkańcami wsi (29,25 pkt.).

Analizie poddano akceptację choroby przez pacjentów w zależności od ich stanu cywilnego. Stwierdzono, że znacznie lepiej akceptowały chorobę osoby w związku małżeńskim (31,18 pkt.). Natomiast osoby owdowiałe gorzej akceptowały swoją chorobę (27,90 pkt.). Jednak nie była to różnica istotna statystycznie.

W kolejnym etapie badań określono stopień akceptacji choroby w zależności od wykształcenia pacjentów. Najlepiej zaakceptowały chorobę osoby z wykształceniem wyższym (32,90 pkt.). Pacjenci z wykształceniem średnim uzyskały w skali AIS wartość średnią 30,92 pkt. Badani o wykształceniu zawodowym uzyskali wynik na poziomie średniej 25,35 pkt. Najniższy stopień akceptacji choroby stwierdzono u badanych z wykształceniem podstawowym (24,32 pkt.). Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała, że różnica pomiędzy grupami była istotna statystycznie.

Ostatnim analizowanym zagadnieniem było określenie akceptacji choroby w zależności od czasu jej trwania. Najlepszy poziom akceptacji swojej choroby wykazywali pacjenci, u których trwała ona do trzech lat (35,40 pkt.). Niższy stopień akceptacji choroby był u pacjentów, u których trwała ona 4-9 lat (30,45 pkt.). Zdecydowanie najniższy stopień akceptacji choroby stwierdzono u badanych którzy chorowali powyżej 10 lat (19,48 pkt.). Różnica pomiędzy grupami była istotna statystycznie.

Szczegółową ocenę poziomu akceptacji choroby przez badanych w odniesieniu do wybranych cech socjodemograficznych prezentuje tabela II.

Tabela II. Ocena skalą AIS a zmienne socjodemograficzne

Table II. The evaluation with the AIS and sociodemographic variables

Cecha	skala AIS/średnia	Analiza statystyczna
Płeć	Kobieta	29,19
	Mężczyzna	29,53
Miejsce zamieszkania	Miasto	29,52
	Wieś	29,25
Stan cywilny	Małżeństwo	31,18
	Owdowiali	27,90
Wykształcenie	Podstawowe	24,32
	Zawodowe	25,35
	Średnie	30,92
	Wyższe	32,90
Czas trwania choroby	do 3 lat	35,40
	4-9 lat	30,45
	10+lat	19,48

## Dyskusja

Każde schorzenie wpływa zarówno na stan psychiczny, stan fizyczny jak i na funkcjonowanie człowieka, często zmuszając go do trwałej zmiany dotychczasowego trybu życia. Sama choroba może być różnie postrzegana – jako trudność, którą należy pokonać, jako strata lub ulga, a w niektórych przypadkach jako korzyść. Z jednej strony brak akceptacji choroby wywołuje duże poczucie dyskomfortu psychicznego i pogarsza zdolności przystosowawcze, z drugiej – im większa akceptacja danego schorzenia, tym mniejsze nasilenie negatywnych reakcji i emocji związanych zarówno z chorobą, jak i z kompleksowo prowadzonym leczeniem oraz sprawowaną opieką. Poza tym akceptacja choroby może stanowić element aktywizujący pacjenta [2].

Choroby układu krążenia prowadzą do ograniczenia wynikającego z uszczerbku na zdrowiu i długotrwałej rekonwalescencji, ale także do obniżenia poczucia własnej wartości, niezadowolienia czy wystąpienia zmian w pełnieniu ról społecznych [9].

W badaniach własnych wykazano, że badani pacjenci wykazywali średni poziom akceptacji choroby. W badaniach Białek i Sadowskiego, pacjenci oddziałów kardiologicznych uzyskali nieco niższy średni wynik w skali AIS (22,88 pkt.) [10]. Zbieżne wyniki z naszymi uzyskali też w swoich badaniach Łuczyk i wsp. [11], badając pacjentów z niestabilną dusznicą bolesną. Natomiast w badaniach Muchy i wsp. poziom akceptacji choroby u pacjentów po

przebyłym zawale mięśnia sercowego utrzymywał się na wysokim poziomie [12].

Szybkość osiągnięcia stanu pełnej akceptacji choroby jest indywidualna dla każdego człowieka. W badaniach wskazuje się wiele czynników warunkujących akceptację choroby m.in.: wiek, płeć, poziom wykształcenia, rodzaj i charakter schorzenia, osobowość oraz umiejętność radzenia sobie ze stresem [13].

Biorąc pod uwagę płeć ankietowanych mężczyźni niewiele lepiej niż kobiety akceptowali swoją chorobę. Jednak w badaniach własnych nie stwierdzono istotnego związku między płcią a akceptacją choroby. Podobne wyniki uzyskali też w swoich badaniach Łuczyk i wsp. [11].

W naszych badaniach osoby mieszkające w mieście akceptowały chorobę na podobnym poziomie jak te mieszkające na wsi. Badania przeprowadzone przez Uchmanowicz i wsp. na temat akceptacji choroby u pacjentów z niewydolnością serca potwierdzają brak zależności pomiędzy miejscem zamieszkania a akceptacją choroby [14]. Jednocześnie inni badacze potwierdzają fakt, że mieszkańcy miasta często lepiej akceptują chorobę [15]. Osoby w miastach mają na pewno łatwiejszy dostęp do jednostek leczniczych [16].

W badaniach wykazano, że osoby pozostające w związku wykazywały nieco lepszy stopień poziomu akceptacji od pozostałych badanych. Różnica ta nie była jednak istotna statystycznie. Łuczyk i wsp. wykazali natomiast istotną różnicę w akceptacji choroby w zależności od stanu cywilnego, badani pozostający w związku małżeńskim znacznie wyżej ocenili poziom akceptacji choroby [11].

W badaniach własnych stwierdzono zależność pomiędzy wykształceniem a akceptacją choroby. Wraz ze wzrostem wykształcenia, zwiększa się sto-

pień akceptacji choroby. Osoby bardziej wykształcone mogą posiadać większą wiedzę na temat poszczególnych schorzeń oraz sposobów ich leczenia [16]. Potwierdzają to również wyniki badań innych autorów [10,11]. Odmienne wyniki uzyskano w badaniach Moczyłdowskiej i Krajewskiej-Kułak wśród pacjentów oddziałów zachowawczych i zabiegowych. W wynikach badań autorów niezależnie od poziomu wykształcenia respondenci wykazywali słaby stopień akceptacji choroby [15].

Jak wynika z badań własnych istnieje istotna statystycznie zależność między subiektywną oceną akceptacji choroby a długością jej trwania. Również wyniki badań Jankowskiej-Polańskiej i wsp. potwierdzają, że im dłużej pacjenci chorują, tym mniejszą akceptacją choroby się wykazują [17].

## Wnioski

Badana grupa seniorów ze schorzeniami kardiologicznymi prezentowała średni poziom akceptacji choroby. Poziom wykształcenia i długość trwania choroby istotnie wpływały na poziom akceptacji choroby w badanej grupie pacjentów.

Konflikt interesów / Conflict of interest  
Brak/None

Adres do korespondencji / Correspondence address

✉ Wiesław Fidecki

Pracownia Umiejętności Klinicznych, Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

ul. Staszica 4-6, 20-081 Lublin

☎ (+48 81) 448 68 00

✉ wieslawfidecki@umlub.pl

## Piśmiennictwo/References

1. Andruszkiewicz A, Kubica A, Nowik M, Marzec A, Banaszekiewicz M. Poczucie koherencji i poczucie własnej skuteczności jako wyznacznik akceptacji choroby w grupie pacjentów przewlekle chorych. *Probl Pielęg.* 2014;22(3):239-45.
2. Mazurek J, Lurbiński J. Skala Akceptacji Choroby i jej znaczenie w praktyce klinicznej. *Pol Merk Lek.* 2014;36(212):106-8.
3. Kowalska J, Szczepańska-Gieracha J, Rymaszewska J. Zaburzenia poznawcze i objawy depresyjne a stan funkcjonalny osób starszych po udarze mózgu. *Post Rehabil.* 2014;24(4):12-22.
4. Filipińska K, Antczak A, Kędziora-Kornatowska K, Ciesielska N. Współwystępowanie chorób somatycznych i zaburzeń depresyjnych u osób w podeszłym wieku. *Gerontol Pol.* 2016;24(1):58-63.
5. Mendyka L, Bajurna B, Nowakowska I. Sposoby radzenia sobie z problemami wieku starczego. *Pielęg Pol.* 2011;1:34-9.
6. Kurpas D, Kusz J, Jedynak T, i wsp. Stopień akceptacji choroby przewlekłej wśród pacjentów. *Family Medicine & Primary Care Review* 2012; 14(3): 396-398.
7. Basińska MA, Wózniewicz A. Inteligencja emocjonalna chorych na łuszczycę jako wyznacznik akceptacji choroby. *Przegląd Dermatologiczny* 2012; 99:202-209.

8. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Warszawa 2012:162-166.
9. Błaszczyk I, Uchmanowicz I, Jankowska-Polańska B, Lisiak M, Obiegło M. Jakość życia pacjentów po zawale mięśnia sercowego. Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia. 2012;4(1):76-80.
10. Białek KI, Sadowski M. The influence of selected factors on the degree of illness acceptance and on the level of satisfaction with life in patients hospitalised in cardiology departments. Medical Studies. 2020; 36 (3): 157–166.
11. Łuczyk R, Juško A, Łuczyk M, Krzyżanowska E, Plottke A. Akceptacja choroby w grupie pacjentów z rozpoznaną dusznicą bolesną niestabilną. Journal of Education, Health and Sport. 2016;6(7):453-470.
12. Mucha A, Mąjda A, Nawalana A. Religijność i akceptacja choroby u pacjentów po zawale mięśnia sercowego. Pielęgniarstwo Polskie 2019; 4(74): 345-353.
13. Monastyrska E., Beck O.: Psychologiczne aspekty chorób kardiologicznych. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2014; 20(2): 141 -144.
14. Uchmanowicz I, Pieniacka M, Kuśnierz M, i wsp. Problem akceptacji choroby a jakość życia pacjentów z niewydolnością serca. Problemy Pielęgniarstwa 2015; 23(1): 69–74.
15. Moczydłowska A, Krajewska-Kułak E. Stopień akceptacji choroby przez pacjentów oddziałów zachowawczych i zabiegowych. Pielęg Chir Angiol. 2014;8(2):62-70.
16. Kurowska K, Agnieszka Kasprzyk A. Akceptacja choroby i style radzenia sobie ze stresem u osób dializowanych. Psychiatr Psychol Klin. 2013;13(2):99-107.
17. Jankowska-Polańska B, Ilko A, Wleklik M. Wpływ akceptacji choroby na jakość życia chorych z nadciśnieniem tętniczym. Arterial Hypertension 2014;18(3):143-150.