

Akceptacja choroby a wsparcie społeczne osób z niedoczynnością tarczycy

The acceptance of the disease and social support of people with hypothyroidism

Anika Maziarz, Izabela Fornal, Paweł Chruściel, Anna Bednarek, Jolanta Pacian

Zakład Promocji Zdrowia, Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Streszczenie

Wprowadzenie. Niedoczynność tarczycy jest chorobą przewlekłą, która wpływa na funkcjonowanie całego organizmu. Brak możliwości wyleczenia oraz postępujący charakter choroby, a także świadomość konieczności funkcjonowania z nią wymusza na pacjentach odpowiedni sposób reagowania. Ważnym elementem, ułatwiającym akceptację choroby przewlekłej jest wsparcie społeczne. Obecność osób bliskich, pomagających przejść przez proces diagnozy i leczenia, jak również możliwość korzystania z innych form wsparcia, pomaga zaakceptować pacjentowi nową rzeczywistość życia z chorobą. **Cel pracy.** Celem badania było określenie i analiza zależności między akceptacją choroby, a wsparciem społecznym osób z niedoczynnością tarczycy. **Materiał i metodyka.** Do pomiaru zmiennych wykorzystano kwestionariusze wystandaryzowane: Skalę Akceptacji Choroby (AIS), Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego część V (BSWS) oraz Wielowymiarową Skalę Spostrzeganego Wsparcia Społecznego (WSSWS). W badaniu uczestniczyła próba licząca 126 respondentów. **Wyniki.** Osoby zamieszkujące na wsi w większym stopniu postrzegały wsparcie uzyskiwane od rodziny ($p = 0,034$), natomiast osoby będące w związkach w wyższym stopniu otrzymywały wsparcie informacyjne ($p = 0,036$). Spostrzeganie wsparcie od osoby znaczącej determinowane było stanem cywilnym ($p = 0,002$) oraz poziomem wykształcenia ($p = 0,047$). Poziom akceptacji choroby uzależniony był od otrzymywanego wsparcia społecznego jakościowego, zarówno ogółem ($p = 0,002$) jak i w zakresie wsparcia emocjonalnego ($p < 0,001$) oraz informacyjnego ($p = 0,008$). **Wnioski.** Na poziom wsparcia społecznego wpływało miejsce zamieszkania, stan cywilny oraz poziom wykształcenia. Osoby zamieszkujące na wsi, jak również będące w związkach oraz posiadający wykształcenie inne niż wyższe, w większym stopniu postrzegały wsparcie społeczne ze strony innych osób. Wykazano również istnienie zależności statystycznych pomiędzy akceptacją choroby, a poziomem wsparcia jakościowego. Osoby, które otrzymywały wsparcie w wymiarze emocjonalnym oraz informacyjnym w lepszym stopniu akceptowały chorobę. (Gerontol Pol 2023; 31; 19-26) doi: 10.53139/GP.20233101

Słowa kluczowe: akceptacja choroby, wsparcie społeczne, niedoczynność tarczycy, choroby przewlekłe

Abstract

Introduction. Hypothyroidism is a chronic disease that affects the functioning of the entire body. The inability to cure and the progressive nature of the disease, as well as the awareness of the need to function with it, forces patients to react appropriately. Social support is an important element facilitating the acceptance of a chronic disease. The presence of relatives helping to go through the process of a diagnosis and treatment, as well as the possibility of using other forms of support, help a patient to accept the new reality of living with the disease. **The aim of the study.** The aim of the study was to determine and analyze the relationship between the acceptance of the disease and social support of people with hypothyroidism. **Material and methods.** The following standardized questionnaires were used to measure the variables: Acceptance of Illness Scale (AIS), Berlin Social Support Scales Part V (BSWS) and Multidimensional Perceived Social Support Scale (WSSWS). A representative sample of 126 respondents participated in the research. **Results.** People living in rural areas perceived the support received from the family to a greater extent ($p = 0.034$), while those in relationships received information support to a greater extent ($p = 0.036$). The perceived support from a significant other was determined by marital status ($p = 0.002$) and education level ($p = 0.047$). The level of acceptance of the disease depended on the qualitative social support received, both in total ($p = 0.002$) and in terms of emotional ($p < 0.001$), and informational support ($p = 0.008$). **Conclusions.** The research confirmed that there are a number of sociodemographic factors that determine the level of perceived and expected social support in people with hypothyroidism. The level of social support was affected by place of residence, marital status and a level of education. People living in rural areas, as well as being in relationships and having education other than higher, perceived social support from other people to a greater extent. It has also been

shown that there are statistical relationships between the acceptance of the disease and the level of qualitative support. People who received support in the emotional and informational dimension accepted the disease to a better extent. (Gerontol Pol 2023; 31; 19-26) doi: 10.53139/GP.20233101

Keywords: *disease acceptance, social support, hypothyroidism, chronic diseases*

Wstęp

Ogólne pojęcie zdrowia łączy w sobie zarówno zdrowie psychiczne jak i zdrowie somatyczne. Psychika człowieka w istotny sposób wpływa na występowanie i przebieg różnorodnych schorzeń somatycznych [1].

Niedoczynność tarczycy jest chorobą przewlekłą, która w znaczący sposób wpływa na funkcjonowanie całego organizmu [2]. Brak możliwości wyleczenia oraz postępujący charakter choroby, a także świadomość konieczności funkcjonowania z nią wymusza na pacjentach odpowiedni sposób reagowania. Taką reakcją może być konieczność akceptacji choroby, co w znaczący sposób poprawia funkcjonowanie pacjenta zarówno w zakresie funkcjonowania fizycznego jak i psychicznego [3]. Ważnym elementem, ułatwiającym akceptację choroby przewlekłej jest wsparcie ze strony otaczającego ją środowiska. Obecność osób bliskich, pomagających przejść przez proces diagnozy i leczenia, jak również możliwość korzystania z innych form wsparcia, pomaga zaakceptować pacjentowi nową rzeczywistość życia z chorobą [4].

Rola wsparcia społecznego jako czynnika chroniącego przed niekorzystnym wpływem choroby przewlekłej jest poruszana przez autorów z zakresu różnych dyscyplin naukowych. Opracowania opierające się o procesy związane ze wsparciem odnaleźć można w dorobku naukowym pedagogów, socjologów, psychologów czy też psychiatrów. Badacze podejmują próbę oceny wpływu wsparcia społecznego na stan zdrowia jednostki oraz przebieg choroby przewlekłej [5,6].

Proces radzenia sobie z trudnymi sytuacjami, wymaga korzystania z zachowań pomocowych w postaci wsparcia społecznego. Osoby otoczone wsparciem ze strony osób znaczących czy też innych osób są ogólnie uznawane za zdrowsze, posiadają większą wolę walki z chorobą, wykazują większą odporność na stres i choroby współistniejące [7]. Podstawą wsparcia społecznego jest tworzenie sieci relacji społecznych, dzięki której osoba, która potrzebuje wsparcia, otrzymuje je, przez co podatność na zachorowanie spada. Terminologia wsparcia społecznego, wyróżnia dwa podstawowe aspekty wsparcia [8]:

- wsparcie ilościowe, które opiera się na wskaźnikach obiektywnych, które wynikają z analizy licznych wymiarów, do których należy sieć społeczna, rozumiana jako system więzów społecz-

nych, w których aktywny jest pacjent. Literatura przedmiotu wskazuje na trzy główne źródła wsparcia: osobiste, formalne i profesjonalne. Do pierwszej kategorii źródeł wsparcia, zalicza się rodzinę, przyjaciół, znajomych. Wsparcie formalne jest realizowane poprzez różnego rodzaju instytucje, organizacje, które są powołane do pomagania takie jak pomoc społeczna, kluby sportowe, grupy czy wspólnoty kościelne. Trzecie źródło wsparcia stanowią specjalnie w tym celu powołane grupy wsparcia [9];

- wsparcie jakościowe, które odnosi się do wskaźników subiektywnych, do których należą poczucie wsparcia, postrzeganie jego dostępności, wartość oraz adekwatność. Najczęściej wskazywanymi rodzajami wsparcia są wsparcie emocjonalne, wsparcie instrumentalne, wsparcie oceniające (wartościujące) [9].

Dla prawidłowego funkcjonowania zdrowia, naturalnym i najbardziej skutecznym źródłem wsparcia jest środowisko rodzinne. Siła sprawcza rodziny w pokonywaniu trudności związanej z chorobą wynika z faktu przebywania blisko siebie jej członków oraz dążenia do wspólnego celu. Choroby przewlekłe, często przyczyniają się do stanu wykluczenia oraz pojawienia izolacji społecznej. Izolacja społeczna i wykluczenie sprzyja zwiększeniu ryzyka zaostrzaniu się chorób, przedwczesnych zgonów jak również gorszego rokowania. U osób, które doświadczają niższego poziomu wsparcia emocjonalnego, obserwuje się gorsze samopoczucie, częstsze występowanie zaburzeń depresyjnych, wyższe poziomy niepełnosprawności wynikające z chorób przewlekłych [10,11].

Wraz z akceptacją choroby, pacjent nabywa umiejętność przystosowania się do ograniczeń, jakie powoduje choroba przewlekła. Podobny efekt obserwuje się w odniesieniu do umiejętności korzystania i przyjmowania pomocy od innych osób, jak też akceptacji zależności od innych. Akceptacja choroby przewlekłej daje poczucie bezpieczeństwa, minimalizuje nasilenie negatywnych emocji oraz reakcji jakie wynikają z zachorowania oraz ograniczeń związanych z chorobą. Wraz z nasilaniem się akceptacji choroby, można uznać, że wzrasta stopień przystosowania i zmniejszenie dyskomfortu psychicznego pacjenta [4,11].

Cel

Celem badania było określenie i analiza zależności między akceptacją choroby, a wsparciem społecznym osób z niedoczynnością tarczycy.

Materiał i metody

W badaniu wzięło udział 126 osób starszych ze zdiagnozowaną niedoczynnością tarczycy i chorobą Hashimoto.

W pierwszym kroku analizy sprawdzono rozkłady zmiennych ilościowych. W tym celu wyliczono podstawowe statystyki opisowe wraz z testem Shapiro-Wilka badającym normalność rozkładu. Wynik testu Shapiro-Wilka w przypadku wszystkich wprowadzonych zmiennych okazał się być istotny statystycznie, co oznacza, że ich rozkłady istotnie odbiegają od rozkładu normalnego. Ponadto, biorąc pod uwagę znaczną nierównoliczność rozpatrywanych grup, uznano za zasadne przeprowadzenie analiz w oparciu o testy nieparametryczne. Wyniki analizy zostały zaprezentowane w tabeli I.

Badanie przeprowadzono dwiema technikami – ankietą typu PAPI oraz CAWI. Ankiety typu PAPI realizowane były na Oddziale Chorób Wewnętrznych, Endokrynologii i Diabetologii oraz Poradni Endokrynologicznej w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie.

Kwestionariusze ankiet typu CAWI zostały opracowane w *Google Forms* i rozesłane w postaci aktywnego linku do grup tematycznych na portalu *Facebook* oraz portali zrzeszających osoby z niedoczynnością tarczycy.

Dane były automatycznie zapisywane i udostępnione dla badacza.

Narzędziem do pomiaru psychologicznego uczestników badania były wystandaryzowane kwestionariusze ankiet: Skala Akceptacji Choroby (AIS), Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego część V (BSWS), Wielowymiarowa Skala Spostrzeganego Wsparcia Społecznego (WSSWS) oraz autorski kwestionariusz ankiety – służący do pomiaru zmiennych niezależnych (wiek, płeć, miejsce zamieszkania, stan cywilny, poziom wykształcenia, BMI).

Skala Akceptacji Choroby (AIS) została stworzona przez *Felton i wsp.* oraz zaadaptowana do wersji polskiej przez *Zygryda Juczyńskiego*, służyła do pomiaru zmiennej zależnej akceptacja choroby. Formularz składa się z 8 stwierdzeń opisujących skalę przystosowania się do ograniczeń związanych z chorobą, ocenę samopoczucia oraz potrzebę pomocy ze strony innych osób. Narzędzie badawcze jest przeznaczone dla osób dorosłych, które zmagają się z chorobą przewlekłą. W skali AIS można uzyskać od 8 do 40 punktów. Suma wszystkich punktów jest ogólną miarą akceptacji choroby. Do każdego stwierdzenia przypisana jest pięciopunktowa skala, gdzie 1 oznacza – zdecydowanie zgadzam się, a 5 – zdecydowanie nie zgadzam się. Sposób interpretacji wyniku ogólnego i/lub wyników dla podskal: im więcej punktów, tym lepsze przystosowanie się do życia z chorobą ponieważ ocena 1 określa brak akceptacji choroby i dyskomfort psychiczny, a 5 jej akceptację i korzystne dla zdrowia, motywujące emocje. Rzetelność polskiej wersji w skali α Cronbacha wynosi 0,82, zaś wskaźnik stałości test-retest 0,69 [12].

Tabela I. Podstawowe statystyki opisowe badanych zmiennych wraz z testem Shapiro-Wilka

Table I. Basic descriptive statistics of the examined variables with the Shapiro-Wilk test

Zmienne zależne	M	Me	SD	Sk.	Kurt.	Min.	Maks.	S-W	p
Akceptacja choroby	30,53	31,50	8,13	-0,70	-0,23	8,00	40,00	0,92	<0,001
Wsparcie społeczne jakościowe	3,37	3,64	0,69	-1,22	1,04	1,00	4,00	0,84	<0,001
Emocjonalne wsparcie społeczne	30,71	33,00	6,21	-1,30	1,32	9,00	36,00	0,82	<0,001
Instrumentalne wsparcie społeczne	10,06	11,00	2,25	-1,12	0,59	3,00	12,00	0,82	<0,001
Informacyjne wsparcie społeczne	6,40	7,00	1,76	-0,76	-0,55	2,00	8,00	0,83	<0,001
Zadowolenie ze wsparcia	3,42	4,00	0,82	-1,36	1,13	1,00	4,00	0,71	<0,001
Wsparcie społeczne ilościowe	5,46	5,92	1,35	-1,09	0,74	1,25	7,00	0,90	<0,001
Spostrzegane wsparcie od przyjaciół	5,08	5,50	1,68	-0,75	-0,32	1,00	7,00	0,91	<0,001
Spostrzegane wsparcie od rodziny	5,36	6,00	1,77	-1,03	-0,16	1,00	7,00	0,84	<0,001
Spostrzegane wsparcie od osoby znaczącej	5,94	6,50	1,44	-1,66	2,27	1,00	7,00	0,76	<0,001

M – wartość średnia; Me – mediana; SD – odchylenie standardowe; Sk. – skośność; Kurt. – kurtოza; Min. – wartość minimalna; Maks. – wartość maksymalna; S-W – wynik testu Shapiro-Wilka; p – istotność

Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego część V (BSWS) – kwestionariusz skonstruowany przez R. Schwarzer i U. Schutz, w polskiej wersji zaadaptowany przez A. Łuszczynska i wsp. i służący do pomiaru zmiennej zależnej wsparcie społeczne jakościowe. W niniejszym badaniu została wykorzystana skala V dotycząca aktualnie otrzymywanego wsparcia. Część V składa się z 15 pytań. Skala ta bada wsparcie w aspekcie jakościowym uwzględniając: emocjonalne wsparcie społeczne, instrumentalne wsparcie społeczne, informacyjne wsparcie społeczne oraz zadowolenie ze wsparcia społecznego. Sposób obliczania wyniku ogólnego i/lub wyników dla podskal: respondent w odniesieniu do osoby najbliższej/osób najbliższych musi odnieść się do 15 stwierdzeń określających zachowanie tej osoby w stosunku do badanego przy wykorzystaniu czterostopniowej skali (1 – „całkowicie nie prawdziwe”; 4 – „całkowicie prawdziwe”). Wynik każdej podskali określa przedział od 1 do 4 punktów. Sposobem interpretacji wyniku ogólnego i/lub wyników dla podskal jest uzyskanie jak największej liczby punktów co oznacza większe wsparcie społeczne oraz jego rodzajów. Współczynnik rzetelności statystycznej dla tego narzędzia α Cronbacha wynosi 0,83 [13].

Wielowymiarowa Skala Spostrzeganego Wsparcia Społecznego (WSSWS), której autorami w wersji oryginalnej są Gregory D. Zimet i wsp. została przystosowana do polskiej wersji przez Krystynę Buszman i Hannę

Przybyła-Basista – służy do pomiaru zmiennej zależnej wsparcie społeczne ilościowe. Skala składa się z 12 twierdzeń, do których osoba badana odnosi się korzystając z siedmiostopniowej skali Likerta, zawierającej następujące możliwości: 1 oznacza „zdecydowanie się nie zgadzam”, a 7 oznacza „zdecydowanie się zgadzam”. Składają się na nią następujące podskale: Przyjaciele, Rodzina i Osoba znacząca, opisujące źródła spostrzeganego wsparcia społecznego. Struktura narzędzia jest trójczynnikiowa, na każdy z czynników przypadają 4 twierdzenia. Niniejsze narzędzie badawcze jest przeznaczone do pomiaru populacji ogólnej, ale może być również wykorzystywane w badaniach klinicznych. Sposobem interpretacji wyniku ogólnego i/lub wyników dla podskal jest uzyskanie jak największej ilości punktów co oznacza większe spostrzeganie przez respondenta wsparcie społeczne w zakresie wyniku ogólnego oraz trzech podskal. Współczynnik α Cronbacha dla wyniku ogólnego kwestionariusza w wersji polskiej wynosił 0,89. Pozostałe wskaźniki prezentują się w następujący sposób: osoba znacząca – 0,86; przyjaciele – 0,85; rodzina – 0,87 [14].

Wyniki

Analiza zebranego materiału badawczego wykazała, że zmienne socjodemograficzne miały istotne znaczenie w różnicowaniu oczekiwanego i spostrzeganego wspar-

Tabela II. Poziom akceptacji choroby a wsparcie społeczne
Table II. The level of acceptance of the disease and social support

Zmienna zależna	Testy korelacji liniowej	Akceptacja choroby
Wsparcie społeczne jakościowe	r Pearsona	0,28
	p	0,002
Emocjonalne wsparcie społeczne	r Pearsona	0,32
	p	<0,001
Instrumentalne wsparcie społeczne	r Pearsona	0,14
	p	0,117
Informacyjne wsparcie społeczne	r Pearsona	0,24
	p	0,008
Zadowolenie ze wsparcia jakościowego	r Pearsona	0,11
	p	0,242
Spostrzeganie wsparcie ilościowe	r Pearsona	0,14
	p	0,131
Spostrzeganie wsparcie od przyjaciela	r Pearsona	0,12
	p	0,167
Spostrzeganie wsparcie od rodziny	r Pearsona	0,14
	p	0,116
Spostrzeganie wsparcie od znaczącej osoby	r Pearsona	0,13
	p	0,149

p – poziom istotności statystycznej

cia społecznego, natomiast nie miały istotnie statystycznego wpływu na akceptację choroby. Analizy potwierdziły również dodatnią korelację między akceptacją choroby, a otrzymywanym wsparciem społecznym.

Wykazano dodatnie związki pomiędzy poziomem akceptacji choroby, a poziomem ogólnego wsparcia społecznego w wymiarze jakościowym. Oznacza to, że wraz ze wzrostem wsparcia społecznego jakościowego, jak i w zakresie wsparcia emocjonalnego i informacyjnego, rósł poziom odczuwanej przez nich akceptacji choroby. Ponadto związek z poziomem emocjonalnego wsparcia można określić jako umiarkowanie silny ($0,30 < r < 0,50$).

Analiza wykazała brak istotnych zależności pomiędzy poziomem akceptacji choroby a poziomem ilościowego wsparcia społecznego, zarówno rozpatrywanego ogółem, jak i w poszczególnych jego wymiarach. Oznacza to, że nie istnieje związek między rozpatrywanymi wskaźnikami (tabela II).

Dyskusja

W badaniu własnym podjęto próbę określenia i analizy zależności pomiędzy akceptacją choroby, a uzyskiwanym wsparciem społecznym u osób z niedoczynnością tarczycy. Analiza statystyczna wykazała, że istnieje szereg czynników socjodemograficznych, które determinują poziom spostrzeganego i oczekiwanego wsparcia społecznego. Uzyskiwane wsparcie społeczne poprawiało dobrostan oraz jakość życia badanych. Ponadto w badaniach własnych wykazano, że poziom akceptacji choroby był determinowany przez wsparcie społeczne jakościowe zarówno ogółem jak i w zakresie wsparcia emocjonalnego oraz informacyjnego.

Wsparcie społeczne w procesie diagnozy, przebiegu choroby, rokowania, leczenia i rehabilitacji jest procesem o złożonym charakterze. Uzyskiwane przez pacjentów wsparcie ze strony innych osób oraz instytucji oddziałuje pośrednio i bezpośrednio na przebieg choroby. Jak wskazuje literatura, źródła wsparcia w chorobie oraz tworzenie sieci społecznych wiążą się z szybszym powrotem do zdrowia [15].

Diagnoza choroby przewlekłej stanowi sytuację trudną i często niezrozumiałą dla osoby chorej oraz jej bliskich. Jak podkreślają Budlewski i Franek, diagnostyka chorób tarczycy, właściwe i wczesne rozpoznanie, jak również dobór odpowiedniej terapii farmakologicznej jest bardzo trudne, przez co proces właściwego leczenia bardzo często jest dość opóźniony [16]. Choroby tarczycy cechują się powolną dynamiką oraz wysoką zmiennością i ilością symptomów [17]. Jak podkreślają Kalra i współautorzy, symptomy występujące przy niedoczyn-

ności tarczycy są podobne do wielu innych chorób somatycznych, przez co obserwuje się duże trudności diagnostyczne tych chorób [18]. Zdrojewska i współautorzy podkreślają, że wydłużanie się procesu diagnostycznego może prowadzić do odczuwania przez pacjenta większej niepewności, która wzmacnia się dodatkowo w sytuacji gdy objawy są nietypowe dla diagnozowanej choroby [19].

Choroby przewlekłe cechują się zmiennymi nastrojami pacjentów oraz zmiennymi emocjami. U chorych pojawia się nasilony lęk, depresyjność, złość i nerwowość. Brak przewidywalności choroby, która ogranicza zdrowie i sprawność, sprzyja powstawaniu labilności emocjonalnej [20]. Jak podkreśla Djurovic i współautorzy, u pacjentów z rozpoznanymi chorobami tarczycy a zwłaszcza z chorobą Hashimoto przebiegające z niedoczynnością tego hormonu istotną rolę w terapii odgrywa terapia hormonalna, która sprzyja regulowaniu nastawienia emocjonalnego pacjentów [13]. Wielu autorów podkreśla, że wsparcie bliskich prowadzi do poprawy stanu zdrowia u pacjentów chorobą Hashimoto oraz niedoczynnością tarczycy. Uzyskiwane wsparcie od rodziny, znajomych, osób ważnych w życiu pacjenta, buduje pozytywny nastrój, przez co przyczynia się do wzmocnienia układu odpornościowego [21]. Jak wskazują Ziarko i współautorzy, osoby z chorobami przewlekłymi, które mogą liczyć na wsparcie społeczne, cechują się lepszym rokowaniem oraz szybciej uzyskują poprawę stanu ogólnego zdrowia [22]. Pacjenci z chorobą Hashimoto oraz jego bliscy potrzebują pomocy, która może być wyrażona wsparciem społecznym. Jak podkreślają Woźniewicz i Sobierajska-Michalak, wsparcie to powinno być dostarczane w wyniku nawiązywania relacji z innymi ludźmi. Wielu pacjentów podkreśla, że wsparcie, którego oczekują nie jest dla nich dostępne, przez co pojawiają się wtórne komplikacje, które wpływają na pogorszenie jakości życia oraz relacji społecznych [2].

W chorobie przewlekłej, którą stanowi choroba Hashimoto i niedoczynność tarczycy, istotnym czynnikiem jest relacja z profesjonalistą, na przykład lekarzem, który stawia diagnozę i prowadzi przez proces leczenia. Ważnym elementem jest tutaj komunikacja oraz przestrzeganie zaleceń medycznych i procedur diagnostycznych. Należy podkreślić również, że niezwykle ważnym są oczekiwania drugiej strony, a zatem oczekiwania pacjenta [23]. Jak podają Lee i współautorzy, osoby chorujące na Hashimoto, odczuwają dyskomfort w relacji z personelem medycznym, który przejawia się brakiem skoncentrowanego na pacjentce działania. Brak szczególnej uwagi dla pacjenta wpływa na poszukiwanie informacji i wsparcia wśród innych osób spoza kręgu personelu medycznego, co bardzo często może skutko-

wać pozyskiwaniem wiedzy niemedycznej, która może pogarszać proces leczenia [17]. Wróbel i współautorzy podkreślają, że w chorobach przewlekłych bardzo ważna jest rola rodziny. Rodzina wspiera pacjenta, przez swoją obecność już w sytuacji, gdy lekarze przekazują potwierdzoną diagnozę, lub w sytuacji gdy należy podjąć decyzję dotyczącą formy leczenia. Rola rodziny jest również nieoceniona w sytuacji, gdy potrzebne jest utrzymywanie kontaktu z lekarzem oraz gdy jest konieczne zastępstwo w obowiązkach codziennych [24].

Woźniewicz i Sobierajska-Michalak wskazują, że osoba bliska jest niezwykle ważna dla osoby chorej, gdyż stanowi wsparcie oraz chce poświęcić jej swój czas [25]. Badania realizowane przez Kurowską i współautorów wskazały, że pacjenci z chorobami przewlekłymi w większości liczą na pomoc innych osób. Ponad 1/3 badanych oczekiwała pomocy od dzieci, wnuków oraz krewnych, natomiast 1/4 od lekarza i personelu medycznego. Badani zwracali szczególną uwagę na potrzebę wsparcia emocjonalnego. Jak podkreślają badani uzyskiwane wsparcie pozwala wierzyć w możliwość radzenia sobie z chorobą [26].

Choroba Hashimoto jest schorzeniem, które z roku na rok jest rozpoznawane u większej liczby osób. W wielu przypadkach dotyczy ona kobiet w okresie rozrodczym. Pacjenci doświadczają objawów niedoczynności tarczycy, dolegliwości wynikających z pracy układu nerwowego, zmęczenia oraz trudności z koncentracją, które utrudniają codzienne funkcjonowanie. Gier i Ostrowska podkreślają, że nasilenie objawów skutkuje zwiększonym oczekiwaniem pomocy od innych osób [27].

Badania realizowane przez Banachiewicz i współautorów wykazały, że osoby z chorobą Hashimoto w umiarkowanym stopniu wiążą wsparcie społeczne z dobrym stanem zdrowia [28]. Wyniki uzyskane w badaniach Juczyńskiego wykazują, że im wyższe nasilenie poczucia wsparcia w grupie osób chorujących na tarczycę tym wyższa jakość ich życia oraz satysfakcja z życia [7].

Poziom akceptacji choroby przewlekłej, może być różny w zależności od rodzaju choroby jak również może być determinowany innymi czynnikami. Przeprowadzone przez Gałuszkę badania w oparciu o kwestionariusz pomiaru akceptacji własnej choroby AIS, wśród 94 pacjentów leczących się ambulatoryjnie z powodu

chorób przewlekłych takich jak alergia, cukrzyca, choroby układu krążenia oraz nowotwory, wskazały, że poziom akceptacji choroby koreluje z nasileniem objawów fizycznych, wynikających z przebiegu choroby, lękiem oraz poziomem dystresu. Nie dowiedziono natomiast istotnych zależności pomiędzy poziomem akceptacji choroby a nadzieją. W badaniach wykazano różnice w poziomie dystresu występujące w odniesieniu do poziomów emocji negatywnych (im mniej przeżywanych emocji negatywnych, tym niższy poziom dystresu) [11].

Podobne wyniki do wskazanych przez Gałuszkę, wskazują również Wiraszka i Lelonek, które badały akceptację choroby u osób chorych na białaczkę, oraz Kaczmarczyk, która analizowała akceptację choroby pacjentów z cukrzycą. Autorki wykazały, że większość chorych akceptowała chorobę na poziomie średnim [29,30]. Nieco inny obraz akceptacji choroby uzyskano podczas badania pacjentów cierpiących z powodu migrenowych bólów głowy, którzy wykazali wysoki poziom akceptacji swojej choroby [31]. Wszyscy autorzy cytowanych wyżej publikacji podkreślają, że na poziom akceptacji choroby wpływ ma wiele czynników, z których najsilniejsze oddziaływanie mają: obecność osób bliskich, możliwość leczenia, terapii, możliwość korzystania z innych form pomocy, rodzaj choroby, rokowanie, stopień ograniczeń wynikających z choroby oraz stopień niepełnosprawności.

Wnioski

Na poziom wsparcia społecznego wpływało miejsce zamieszkania, stan cywilny oraz poziom wykształcenia. Osoby zamieszkujące na wsi, jak również będące w związkach oraz posiadające wykształcenie inne niż wyższe, w większym stopniu postrzegały wsparcie społeczne ze strony innych osób. Wykazano również istnienie zależności statystycznych pomiędzy akceptacją choroby, a poziomem wsparcia jakościowego. Osoby, które otrzymywały wsparcie w wymiarze emocjonalnym oraz informacyjnym w lepszym stopniu akceptowały chorobę.

Konflikt interesów/Conflict of interest

Brak/None

Piśmiennictwo/References

1. Bulska J. Znaczenie systemów społecznych wspierających zdrowie i samopoczucie współczesnego człowieka. *Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej* 2017, z. 112: 61-71.
2. Rogala N., Zdrojowy-Welna A., Zatońska K., Bednarek-Tupikowska G. Postępowanie w subklinicznej niedoczynności tarczycy u dorosłych, *Family Medicine & Primary Care Review* 2015; 17(1): 55-59.

3. Lelonek B., Kaczmarczyk M. Przystosowanie do choroby u pacjentów leczonych na oddziale chirurgicznym. *Studia Medyczne* 2011; 24:45-52.
4. Bulska J. Znaczenie systemów społecznych wspierających zdrowie i samopoczucie współczesnego człowieka. *Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej* 2017, z. 112: 61-71.
5. Kawczyńska-Butrym Z. Wsparcie jako element promocji zdrowia. Wydawnictwo Centrum Med., Warszawa 1994: 29-32.
6. Heszen I., Sęk H. Psychologia zdrowia. Wydawnictwo PWN, Warszawa 2007: 168-169.
7. Juczyński, Z. Znaczenie spostrzeganego wsparcia społecznego dla dobrostanu jednostki – na przykładzie badań Kwestionariuszem Wsparcia Społecznego (Soz-U K-14). *Czasopismo Psychologiczne* 2019;25(2):195-202.
8. Sęk H., Cieślak R. Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne. [W:] Sęk H., Cieślak R. (red.). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004:11-28.
9. Jaworowska-Oblój Z., Skuza B. Pojęcie wsparcia społecznego i jego funkcje w badaniach naukowych. *Przegląd Psychologiczny* 1986;29(3):733-45.
10. Niedzielski A., Humeniuk E., Błaziak P., Fedoruk D. Stopień akceptacji choroby w wybranych chorobach przewlekłych. *Wiad Lek.* 2007;60:5-6.
11. Gałuszko A. Akceptacja choroby przewlekłej i poziom dystresu pacjentów leczących się ambulatoryjnie. *Chowanna* 2013;1:159-77.
12. Juczyński J. „NPPPPZ – Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia”. Warszawa 2012, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
13. Łuszczynska, A., Kowalska, M., Schwarzer, R., Schutz, U.: Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego (BSSS): Wyniki wstępnych badań nad adaptacją skal i ich właściwościami psychometrycznymi. *Studia Psychologiczne*. 2006;3(44):17-27.
14. Buszman K., Przybyła-Basista H. „Polska adaptacja wielowymiarowej skali spostrzeganego wsparcia społecznego”. Uniwersytet Śląski w Katowicach: Instytut Psychologii. *Polskie Forum Psychologiczne*, 2017;22(4):581-99.
15. Kawczyńska-Butrym Z. Wsparcie jako element promocji zdrowia. Wydawnictwo Centrum Med., Warszawa 1994:29-32.
16. Budlewski T., Franek E. Diagnostyka obrazowa chorób tarczycy. *Choroby Serca i Naczyń*, 2009;6(1):37-41.
17. Lee S.A., Stetten N.E., Anton S.D. Patient perspectives on the treatment for Hashimoto’s thyroiditis: A qualitative analysis. *Health and Primary Care*, 2018;2(4):1-5.
18. Kalra S., Agarwal N., Aggarwal R., i wsp. Patient-centered Management of Hypothyroidism. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 2017;21(3):475-7.
19. Zdrojewska M., Sworczak K., Obołończyk Ł., Zdrojewski Ł. Podostre zapalenie tarczycy o nietypowym przebiegu klinicznym – opis przypadku. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2018;12(5):183-8.
20. Konieczna I. Zasoby osobiste i społeczne człowieka w sytuacji doświadczania choroby przewlekłej. *Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo* 2017;4(38):57-73.
21. Stetkiewicz-Lewandowicz A., Sobów T. Psychologiczne aspekty choroby Hashimoto. *Sztuka Leczenia* 2018;2:41-51.
22. Ziarko M., Parobkiewicz A., Jasielski R. Poznawcza reprezentacja schorzenia a funkcjonowanie pacjentów z chorobą niedokrwinną serca. *Inżynieria Biomedyczna* 2018;24(2):99-110.
23. Emerson Ch.H. Physician Perception and Patient Input Are Important Influences in the Treatment of Hypothyroidism. *Clinical Thyroidology*, 2019;31(12):504-8.
24. Wróbel A., Wróbel P., Otfinowska E. Znaczenie wsparcia oraz formy aktywności kinezyterapeutycznej członków rodzin osób dotkniętych chorobą Parkinsona. *Health Promotion & Physical Activity*, 2019;1(6):1-7.
25. Woźniewicz A., Sobierajska-Michalak K.. Wsparcie społeczne wobec chorych przewlekle i ich rodzin. W: Ż. Skinder (red.), *Polska polityka ochrony zdrowia: zagadnienia społeczne i medyczne*. Wydawnictwo Mass. Bydgoszcz 2014:28-44.
26. Kurowska K., Prus N. Rola wsparcia a poczucie koherencji w zmaganiu się z chorobą nadciśnieniową. *Nadciśnienie Tętnicze* 2010;14(5):387-94.
27. Gier D., Ostrowska L. Choroba Hashimoto a otyłość. *Varia Medica* 2019;3(3):238-42.

28. Banakiewicz A., Bednarczyk A., Kulik A. Wsparcie społeczne i dobrostan w chorobie Hashimoto u kobiet w okresie dorosłości. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska* 2021;XXXIV(2):177-89.
29. Kaczmarczyk M. Poziom akceptacji choroby osób starszych zamieszkujących w różnych środowiskach. *Studia Medyczne* 2008;12:29-33.
30. Wiraszka G., Lelonek B. Funkcjonowanie chorego z białaczką a akceptacja choroby nowotworowej. *Studia Medyczne* 2008;10:21-6.
31. Rolka H. Akceptacja choroby i strategie radzenia sobie z bólem jako istotne komponenty oceny jakości życia zależnej od stanu zdrowia u chorych z migreną. *Doniesienia wstępne. Problemy Pielęgniarstwa* 2009;17(3):178-83.