

AKCEPTACJA CHOROBY A POCZUCIE SATYSFAKЦИИ Z ŻYCIA W GRUPIE CHORYCH LECZONYCH Z POWODU DYSKOPATII

Ewa Kupcewicz, Małgorzata Wojtkowska

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, Wydział Nauk Medycznych,
Katedra Pielęgniarstwa
Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Olsztynie, Klinika Neurochirurgii



Wstęp

Akceptacja roli chorego to proces zmian, którego celem jest przywrócenie równowagi funkcjonalnej i emocjonalnej oraz poczucia kontroli nad własnym życiem. Akceptacja choroby stwarza poczucie bezpieczeństwa oraz zmniejsza nasilenie negatywnych reakcji i emocji związanych z chorobą. Im większa akceptacja, tym lepsze przystosowanie i mniejsze poczucie dyskomfortu psychicznego [Leder 1997, ss. 210-241].

W niniejszej pracy podjęto próbę odpowiedzi na pytanie: „W jakim stopniu respondenci są w stanie zaakceptować swoją chorobę bez doświadczania negatywnych uczuć i emocji?”.

Cel pracy

Próba określenia związku pomiędzy stopniem akceptacji choroby a poziomem satysfakcji z życia chorych leczonych z powodu dyskopatii a także ocena czynników mających wpływ na poziom akceptacji i satysfakcji.

Materiał i metody

Metoda badawcza – sondaż diagnostyczny

Technika badawcza – ankieta

Narzędzia badawcze – kwestionariusze ankiety

1. Kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji zawierający pytania o podstawowe dane socjodemograficzne.

2. Skala Akceptacji Choroby (AIS, Acceptance of Illness Scale) przygotowana przez Barbarę J. Felton, Tracey A. Revenson i G. A. Hinrichsen (polska adaptacja: Z. Juczyński).

3. Skala Satysfakcji z Życia (SWLS, The Satisfaction with Life Scale) autorstwa Ed. Diener, Robert A. Emmons, Randy J. Larsen i Sharon. Griffin (polska adaptacja: Z. Juczyński).

Analizy statystyczne przeprowadzono z wykorzystaniem programu komputerowego Statistica 10 PL. Zastosowano test ANOVA rang Kruskala-Wallis'a oraz test U-Manna-Whitneya. Przy weryfikacji wszystkich hipotez statystycznych za istotny przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

Charakterystyka badanej grupy

Badaniem objęto 112 chorych, w tym: 43 kobiety (38%) oraz 69 mężczyzn (62%) leczonych z powodu dyskopatii w Klinice Neurochirurgii w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Olsztynie od lutego do maja 2013 r. Aż 85% badanych leczono z powodu dyskopatii lędźwiowej. Większość badanych (65%) zmagala się z chorobą do 5 lat, natomiast 45% 6 lat i dłużej. Badani byli w wieku od 27 do 81 lat ze średnią $51 \pm 12,6$ lat. Najliczniejszą grupę stanowili badani w przedziale wiekowym 41 - 50 lat 29% (n=33), następnie w wieku 51 - 60 lat 26%. 78% (n=87) pochodziło z miasta, a 22% (n=25) ze wsi. Dochody stałe posiadało 90%. Wśród badanych 34% (n=38) miało staż pracy do 20 lat, pozostała grupa 66% (n=74) dłużej.

Wyniki badań

Ocena poczucia satysfakcji z życia

W badanej grupie ogólny wskaźnik poziomu satysfakcji z życia SWLS kształtował się na poziomie $21,34 \pm 6,17$ w skali 5-35. 80% wyników mieściło się w zakresie od 13 punktów do 29 punktów. W celu uzyskania odpowiedzi na pytanie o odsetek wyników niskich, przeciętnych czy wysokich, przeliczono wskaźniki na odpowiednią skalę stenową. Steny w granicach 1-4 świadczyły o niskim poczuciu satysfakcji z życia, zaś w granicach 7-10 wskazywały na wysoki poziom. Ocenę wysoką w skali stenowej otrzymało prawie 29% chorych, niską 38%, a 33% przeciętną. Średnia wartość stena dla całej grupy równała się $5,69 \pm 2,14$ i wskazywała na przeciętną satysfakcję z życia ogółu badanych pacjentów (tab. 1).

W sposób istotny statystycznie na poziom satysfakcji z życia (SWLS) ma wpływ czas trwania choroby oraz stan cywilny. Im dłuższy czas trwania choroby, tym poziom satysfakcji z życia (SWLS) jest istotnie statystycznie niższy ($p < 0,05$). Natomiast osoby samotne osiągają istotnie statystycznie wyższy ($p < 0,01$) poziom satysfakcji z życia niż osoby pozostające w związku. Dla pozostałych wyróżnionych czynników niezależnych nie stwierdzono statystycznie istotnego wpływu na poziom satysfakcji z życia (tab. 2).

Ocena akceptacji choroby

Przeciętna akceptacja stwierdzeń dotyczących negatywnych konsekwencji złego stanu zdrowia oscylowała w granicach od 2,29 do 3,93 tzn. że większość pacjentów nie mogła się zdecydować czy „zgadza się”, czy też „nie zgadza się” ze stwierdzeniami wchodzącymi w skład skali. Chorzy z powodu swojego stanu zdrowia mieli kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę ($2,29 \pm 1,15$), nie byli w stanie robić tego, co najbardziej lubią ($2,35 \pm 1,23$) – co oznacza, że w tych dziedzinach stopień akceptacji choroby był niski. Stwierdzenie „Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby” uzyskało najwyższą wartość średnią ($3,93 \pm 1,38$), co oznacza, że w tej dziedzinie zarówno chorzy jak i najbliższe osoby/rodzina lepiej akceptują skutki choroby (tab. 3).

Po przeprowadzeniu szczegółowej analizy nie stwierdzono statystycznie istotnego wpływu zmiennych niezależnych na poziom akceptacji choroby (AIS).

Akceptacja choroby a satysfakcja z życia

W celu sprawdzenia powiązania dwóch cech: stopnia akceptacji choroby (AIS) i poziomu satysfakcji z życia (SWLS) oraz określenia siły, kształtu i kierunku związku zastosowano analizę korelacji. Aby wykryć związek korelacyjny zastosowano analizę zależności w postaci wykresów rozrzutu (wykres 1).

Pomiędzy wartościami poziomu satysfakcji z życia SWLS, a poziomem akceptacji choroby AIS istnieje silna korelacja ($r = 0,51$), istotna statystycznie ($p = 0,00001$). Wartość współczynnika r jest dodatnia, co oznacza, że jeśli będzie się zwiększać poziom satysfakcji z życia SWLS, to również będzie się zwiększać poziom akceptacji choroby AIS. Zgodnie ze współczynnikiem determinacji $r^2 = 0,26$, 26% wyników jest opisanych równaniem regresji: $AIS = 13,254 + 0,57901 * SWLS$

Wnioski

- W badanej grupie 29% chorych wskazało na wysoki poziom satysfakcji z życia, 38% na niski, a 33% na przeciętny. Wartość średnia ogólnego wskaźnika akceptacji choroby wynosiła $25,43 \pm 7,04$ i świadczyła o przeciętnym stopniu akceptacji choroby przez badanych.
- Im dłuższy czas trwania choroby, tym poziom satysfakcji z życia wśród badanych był niższy. Osoby samotne osiągały wyższy poziom satysfakcji z życia niż osoby pozostające w związku.
- Stopień akceptacji choroby nie był determinowany przez czynniki socjodemograficzne.
- Istnieje dodatnia zależność „satysfakcji z życia” i „akceptacji choroby”. Wzrost akceptacji choroby powoduje wzrost satysfakcji z życia chorego, a im większa satysfakcja z życia, tym większa szansa na akceptację choroby w grupie badanej.

Piśmiennictwo

Leder S. (1997), Jakość życia a psychiatria konsultacyjna i psychoterapia. Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wybrane zagadnienia (red.), Meyza J., Centrum Onkologii Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa

Juczyński Z. (2009), Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia, Pracownia testów Psychologicznych, Warszawa.

Wykres 1. Macierzowy wykres rozrzutu dla zmiennych SWLS oraz AIS

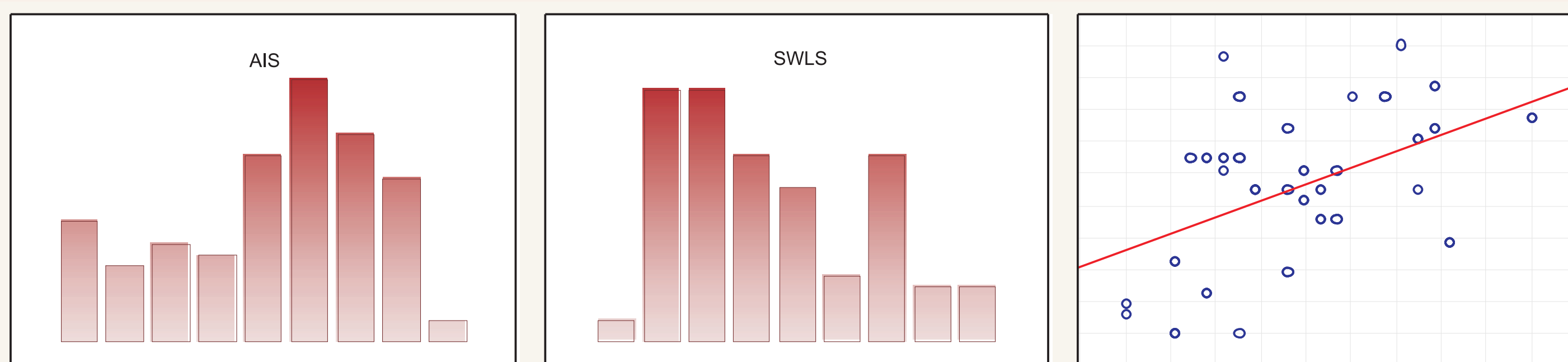


Tabela 1. Poczucie satysfakcji z życia (SWLS)

Analizowane elementy SWLS	M	SD
Pod wieloma względami moje życie jest zbliżone do ideału (17)	3,59	1,56
Warunki mojego życia są doskonałe (1-7)	4,16	1,71
Jestem zadowolony z mojego życia (17)	4,99	1,24
W życiu osiągnąłem najważniejsze rzeczy, które chciałem (17)	4,76	1,32
Gdybym mógł jeszcze raz przeżyć swoje życie, to nie chciałbym prawie nic zmienić (1-7)	3,53	2,03
Ogólny wskaźnik poczucia zadowolenia z życia (535)	21,34	6,17
Sten (od 1-10) % wyników: niskich –38,0 przeciętnych – 33,0 wysokich –29,0	5,69	2,14

Objaśnienie: M- średnia arytmetyczna, SD-odchylenie standardowe

Tabela 2. Wyniki testów istotności wpływu czynników niezależnych na skalę satysfakcji z życia (SWLS)

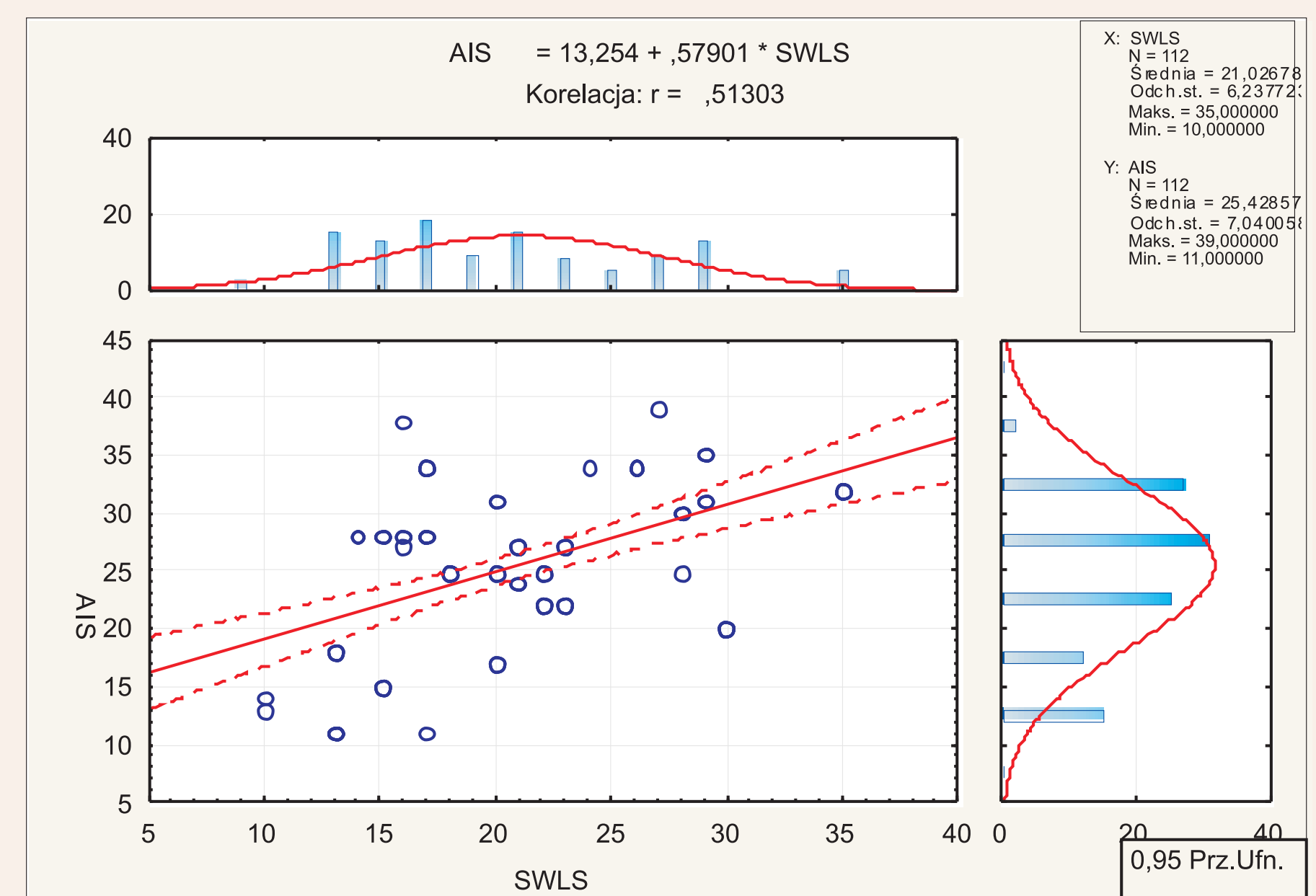
Skala satysfakcji z życia – SWLS							
Zmienna niezależna – ANOVA rang Kruskala - Walisa	N	M	SD	p	wyniki		
Choroba podstawowa	dyskopatia kręgosłupa lędźwiowego	95	21,11	6,25	0,67	ni	
	dyskopatia kręgosłupa szyjnego	11	20,64	5,94			
	dyskopatia wielopoziomowa	6	20,50	7,69			
Zmienna niezależna – test U - Manna - Whitneya	N	M	SD	z	p	Wyniki	
Czas trwania choroby	<= 5 lat	62	22,15	6,48	-1,99	0,05	***
	>= 6 lat i powyżej	50	19,64	5,69			
Płeć	kobieta	43	21,84	6,09	-1,00	0,32	ni
	mężczyzna	69	20,52	6,32			
Wiek	<= 50 lat	61	21,57	5,93	-1,14	0,25	ni
	>= 51 lat i powyżej	51	20,37	6,58			
Miejsce zamieszkania	wieś	25	21,72	5,76	-0,65	0,52	ni
	miasto	87	20,83	6,39			
Stan cywilny	zamężna /żonaty / związek partnerski	80	23,38	6,07	-2,60	0,01	***
	panna/kawaler/wolny	32	20,09	6,09			
Dochody	posiada	100	21,23	6,23	1,16	0,24	ni
	brak dochodów	12	19,33	6,31			
Aktywność zawodowa (lata pracy)	<= 20 lat	38	21,32	5,05	-0,71	0,47	ni
	>= 21 lat i powyżej	74	20,88	6,80			

Objaśnienie: ni – nieistotne statystycznie

Tabela 3. Akceptacja choroby (AIS)

Negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia	M	SD
Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę (1-5)	2,29	1,15
Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię (1-5)	2,35	1,23
Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny (1-5)	3,41	1,63
Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę (1-5)	2,88	1,22
Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół (1-5)	3,29	1,62
Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem (1-5)	3,70	1,49
Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być (1-5)	3,59	1,44
Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby (1-5)	3,93	1,38
Ogólny wskaźnik akceptacji choroby (8-40)	25,43	7,04

Wykres 2. Analiza regresji pomiędzy cechami



WPŁYW WYBRANYCH CZYNNIKÓW SOCJODEMOGRAFICZNYCH NA JAKOŚĆ ŻYCIA CHORYCH Z CUKRZYCĄ TYPU 2

Katarzyna Witkowska, Ewa Kupcewicz

Uniwersytet Warmińsko – Mazurski, Wydział Nauk Medycznych,
Katedra Pielęgniarstwa

Wstęp

Analiza literatury przedmiotu wskazuje, że badanie jakości życia chorych z cukrzycą powinno stanowić stały element holistycznej opieki nad pacjentem, gdyż cukrzyca, jako przewlekła choroba metaboliczna, obciążona licznymi chorobami współistniejącymi i powikłaniami, powoduje wiele zaburzeń zarówno w sferze psychicznej, jak i fizycznej [Anderson, Freedland i in. 2001, ss. 1069–1078, Engum, Mykletun i in. 2005, ss. 1904–1909] a zdaniem Rose i in. [2002, ss. 35–42] im gorszy stan somatyczny chorego, tym niższa jakość życia. W niniejszej pracy podjęto próbę odpowiedzi na pytanie: Jakie czynniki determinują jakość życia chorych z cukrzycą typu 2 w grupie badanej?

Cel pracy

Próba oceny wpływu wybranych czynników socjodemograficznych na jakość życia chorych z cukrzycą typu 2 w poszczególnych domenach życia.

Materiał i metody

Metoda badawcza – sondaż diagnostyczny

Technika badawcza – ankieta

Narzędzia badawcze – kwestionariusze ankiety

1. Kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji zawierający pytania o podstawowe dane socjodemograficzne.
2. Kwestionariusz WHOQOL-Bref, który składa się z 26 pytań i umożliwia otrzymanie profilu jakości życia w zakresie czterech dziedzin: fizycznej, psychologicznej, społecznej i środowiskowej. Punktacja pytań zawierała się w przedziale od 1 do 5 i miała kierunek pozytywny – im większa liczba punktów, tym wyższa była jakość życia [Jaracz, Wołowicka i in. 2001, ss. 291-302].

Zebrany materiał poddano analizie statystycznej za pomocą pakietu statystycznego Statistica 10 PL. Zastosowano analizę wariancji ANOVA (F) oraz testy nieparametryczne ANOVA rang Kruskala-Wallisa (H) w zależności od rozkładu wyników. Do analizy szczegółowej zastosowano test NIR. Przy weryfikacji hipotez przyjęty został poziom istotności $p \leq 0,05$.

Charakterystyka badanej grupy

Badaniem objęto 98 chorych, w tym: w tym 56 kobiet (57,14%) i 42 mężczyzn (42,86%) leczonych z powodu cukrzycy typu 2 w Szpitalu Powiatowym w Mławie w pierwszym kwartale 2014 roku. Najbardziej liczną grupą byli respondenci w klasie wiekowej 71 lat i powyżej – 43,9% (n = 43), 22 osoby (22,4%) znalazły się w przedziale od 61 do 70 lat. Największy odsetek badanych wskazał, że jest w związku małżeńskim – 70,41% (n = 69), następnie 24,49% (n = 24) to osoby owdowiałe. Wśród respondentów 35 osób (35,7%) było z wykształceniem zasadniczym zawodowym a ¼ ankietowanych posiadała tylko wykształcenie podstawowe. Aż 57,14% (n = 56) badanych to emeryci, osób pracujących zawodowo było – 21,43%. W mieście mieszkało 60,20%, a na wsi 39,80% badanych.

Wyniki badań

Średnia jakość życia w domenie socjalnej osiągnęła najwyższy poziom w badanej grupie i wynosiła $14,27 \pm 2,80$ z medianą 14,67. Kolejno respondenci wskazali domenę związaną z relacjami społecznymi i środowiskiem z wartością średniej $13,92 \pm 2,14$ i medianą 14,00. Następnie domenę psychologiczną ($13,78 \pm 2,61$). Najniżej została oceniona domena somatyczna, średnia jakość życia kształtowała się na poziomie $11,43 \pm 2,63$ i medianą 11,43 (rys. 1).

Domena socjalna

Wiek respondentów oraz czas trwania choroby, w sposób istotny statystycznie, wpływa na jakość życia w obszarze somatycznej domeny funkcjonowania (tab. 1). Stwierdzono, że osoby w wieku 40 lat i poniżej, mają istotnie statystycznie ($p=0,03$) wyższy poziom średniej w obszarze domeny somatycznej niż respondenci z grupy 51–60 lat, a także istotnie statystycznie ($p=0,01$) wyższy poziom średniej niż osoby 61–70 lat. Osoby, u których czas trwania choroby wynosił 5 lat i mniej, miały istotnie wyższy ($p=0,01$) poziom jakości życia w obszarze domeny somatycznej niż respondenci, u których czas trwania choroby wynosił 11–20 lat. Osoby zmagające się z chorobą 5 lat i krócej miały wyższy ($p<0,01$) poziom jakości życia w obszarze domeny somatycznej, niż te, u których czas trwania choroby wynosił 21 lat i więcej.

Domena psychologiczna

Jedynie czas trwania choroby w sposób istotny statystycznie wpływa na jakość życia chorych z cukrzycą typu 2, w obszarze psychologicznej domeny funkcjonowania (tab. 2). Osoby, u których czas trwania choroby wynosił 5 lat i mniej, mają istotnie wyższy poziom jakości życia w obszarze domeny psychologicznej niż respondenci, u których czas trwania choroby był znacznie dłuższy i wynosił 11–20 lat.

Domena socjalna

W wyniku analizy stwierdzono istotny wpływ na jakość życia w domenie socjalnej dla zmiennej wykształcenie i czas trwania choroby (tab. 3). Osoby z wykształceniem wyższym, mają istotnie statystycznie ($p=0,03$) wyższy poziom średniej w obszarze domeny socjalnej niż z wykształceniem podstawowym. Osoby, które chorowały od 11 do 20 lat, miały istotnie statystycznie ($p=0,03$) niższy poziom jakości życia w obszarze domeny socjalnej niż respondenci, u których czas trwania choroby wynosił 5 lat i krócej, a także niższy poziom średnich ocen niż osoby chorujące 6–10 lat.

Domena środowiskowa

Pominięto prezentację wyników domeny środowiskowej, ponieważ żadna z wybranych zmiennych niezależnych nie wpływała w sposób istotny statystycznie na poziom jakości życia chorych z cukrzycą typu 2 w omawianej domenie.

Wnioski

1. Wiek badanych miał wpływ na poziom jakości życia jedynie w domenie somatycznej. Osoby starsze wskazały na niższą jakość życia niż osoby młodsze.
2. Wykształcenie badanych miało wpływ na poziom jakości życia w domenie socjalnej. Osoby posiadające wykształcenie zasadnicze zawodowe oceniły jakość ich życia najniżej spośród badanych.
3. Poziom jakości życia chorych z cukrzycą typu 2 w domenie somatycznej, psychologicznej i socjalnej determinowany był przez czas trwania choroby. Im dłuższy czas zmagania się z chorobą wskazali badani, tym niższy poziom jakości życia odczuwali.
4. Powikłania cukrzycy i choroby współistniejące znacząco obniżają poziom jakości życia chorych z cukrzycą typu 2 w sferze somatycznej, psychologicznej, socjalnej i środowisku.

Piśmiennictwo

1. Anderson R.J., Freedland K.E., Clouse R.E. i in. (2001), The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a metaanalysis. Diab. Care, t. 16.
2. Engum A., Mykletun A., Midthjell K. i in. (2005), Depression and diabetes: A large populationbased study of sociodemographic, lifestyle, and clinicalfactors associated with depression in type 1 and type 2 diabetes, Diab. Care, t. 28.
3. Rose M., Fliege H., Hildebrandt M. i in. (2002), The network of psychological variables in patients with diabetes and their importance for quality of life and metabolic control, Diab. Care, t. 1.
4. Jaracz K., Wołowicka L., Kalfos M. (2001), Analiza walidacyjna polskiej wersji WHOQOL-100 [w:] Wołowicka L. (red.), Jakość życia w naukach medycznych, Wydawnictwo Uczelniane AM w Poznaniu, Poznań.

Rysunek 1. Porównanie średnich poziomów funkcjonowania dla poszczególnych domen jakości życia - WHOQOL-Bref

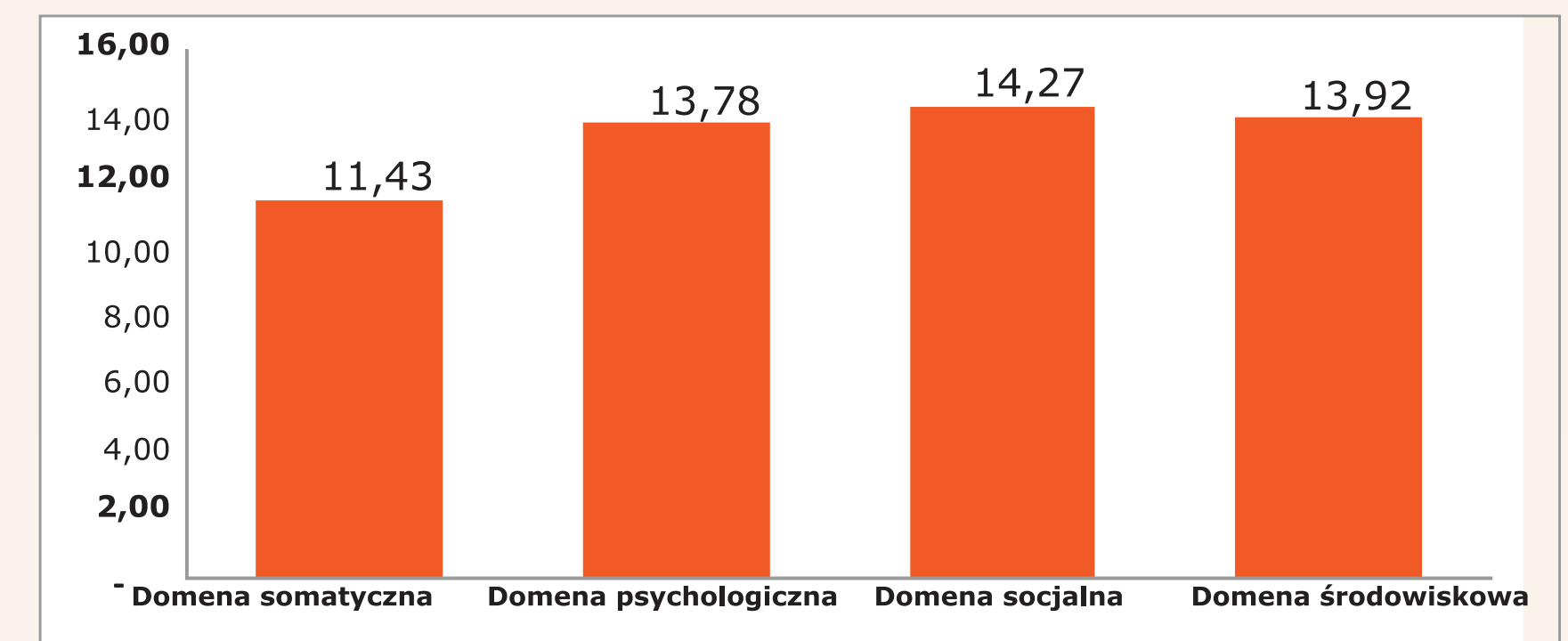


Tabela 1. Istotność czynników socjodemograficznych w obszarze domeny somatycznej

Domena somatyczna	N	M	SD
Wiek	F=2,57, p=0,04		
40 lat i poniżej	4	14,14	3,83
41-50	9	11,81	3,14
51-60	20	11,00	2,61
61-70	22	10,36	2,41
71 lat i powyżej	43	11,85	2,34
Czas trwania choroby	F=4,69, p=0,004		
5 lat i poniżej	33	12,3	2,6
6-10	28	11,9	2,0
11-20	25	10,5	3,0
21 lat i powyżej	12	9,8	2,0

Tabela 2. Istotność czynników socjodemograficznych w obszarze domeny psychologicznej

Domena psychologiczna	N	M	SD
Czas trwania choroby	F=4,61, p=0,004		
5 lat i poniżej	33	14,81	2,34
6-10	28	14,05	2,08
11-20	25	12,56	2,42
21 lat i więcej	12	12,83	3,60

Tabela 3. Istotność czynników socjodemograficznych w obszarze domeny socjalnej

Domena socjalna	N	M	SD
Wykształcenie	H=11,30, p=0,03		
podstawowe	25	14,56	2,49
zasadnicze zawodowe	35	13,52	2,88
średnie	24	14,00	2,86
pomaturalne, policealne	5	14,67	2,31
wyższe	9	16,89	2,11
Czas trwania choroby	H=8,42, p=0,03		
5 lat i poniżej	33	14,59	3,00
6-10	28	15,14	2,27
11-20	25	13,01	3,11
21 lat i więcej	12	14,00	1,84

Tabela 4. Występowanie powikłań cukrzycy i chorób współistniejących w grupie badanej

Występowanie powikłań cukrzycy i chorób współistniejących	N	%
udar mózgu	6	6
amputacja kończyn	8	8
zmiany skórne, świąd skóry, owrzodzenia	8	8
uszkodzenie nerek (nefropatia, dializoterapia)	14	14
zawał serca	15	15
stopa cukrzycowa	16	16
choroby oczu, upośledzenie ostrości wzroku z powodu retinopatii cukrzycowej	42	43
choroba wieńcowa	44	45
mrowienie, drętwienie kończyn	56	57
ból kończyn dolnych	56	57
nadciśnienie tętnicze	69	70

