

AKCEPTACJA CHOROBY A POCZUCIE UMIEJSCOWIENIA KONTROLI ZDROWIA U OSÓB PO USUNIĘCIU NERKI Z POWODU NOWOTWORU

Disease acceptance versus health locus of control in people after nephrectomy because of the kidney cancer



Krystyna Kurowska, Izabela Siekierska

Zakład Teorii Pielęgniarstwa, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2013; 2: 65-71

Praca wpłynęła: 26.04.2013, przyjęto do druku: 28.05.2013

Adres do korespondencji:

dr n. med. Krystyna Kurowska, Zakład Teorii Pielęgniarstwa, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera, ul Techników 3, 85-801 Bydgoszcz, tel. +48 52 585 21 94, e-mail: krystyna_kurowska@op.pl

Streszczenie

Cel pracy: Określenie związku pomiędzy przystosowaniem się do choroby a umiejscowieniem kontroli zdrowia u pacjentów z rozpoznaniem raka nerki jako wykładnika powrotu do optymalnego stanu zdrowia.

Materiał i metody: Przebadano 81 pacjentów hospitalizowanych na oddziałach urologii w bydgoskich szpitalach z rozpoznaniem raka nerki (operacyjne usunięcie nerki).

Przystosowanie do choroby oceniono za pomocą Skali akceptacji choroby (*Acceptance of Illness Scale – AIS*), a umiejscowienie kontroli zdrowia – Wielowymiarowej skali umiejscowienia kontroli zdrowia (*Multidimensional Health Locus of Control – MHLC*) – wersja B, obie w adaptacji Zygfyda Juczyńskiego.

Wyniki: Badani z rozpoznaniem raka nerki różnią się pomiędzy sobą przystosowaniem się do choroby onkologicznej oraz umiejscowieniem kontroli zdrowia. Wyższe wyniki akceptacji choroby i wymiaru wewnętrznego prezentują mężczyźni. Wykazano związek akceptacji choroby i wymiaru wewnętrznego wśród badanych w wieku do 50 lat, wymiaru wpływu innych u osób powyżej 70 lat. Najniższą akceptację choroby stwierdzono u pacjentów w wieku powyżej 70 lat. Chorzy żyjący w środowisku wiejskim wykazali niższy poziom akceptacji choroby i zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia. Osoby, które posiadają dzieci lub współmałżonków, różnicowały się wyższym poziomem akceptacji choroby oraz wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia. Najwyższe wyniki akceptacji choroby i najwięcej wyników wysokich wymiaru wewnętrznego odnotowano w grupie z wykształceniem średnim i wyższym. Najczęściej wymienianą obawą okazała się utrata drugiej nerki. Chorzy z wyższymi wynikami AIS oraz wysokiego wymiaru wewnętrznego nie mają problemów z przystosowaniem się do zmian narzuconych przez życie z jedną nerką.

Wnioski: Otrzymane wyniki mogą świadczyć, że zaakceptowanie choroby i poczucie wewnętrznego umiejscowienia kontroli oraz poczucie, iż inni mają wpływ na nasze zdrowie, mogą mieć znaczenie w powrocie do optymalnego powrotu do zdrowia.

Słowa kluczowe: rak nerki, nefrektomia, akceptacja choroby, umiejscowienie kontroli zdrowia.

Summary

Aim of the study: to define the relation between disease adjustment and health locus of control in patients diagnosed with kidney cancer, as a determinant of returning to optimal health.

Material and methods: The study was carried out among 81 patients, diagnosed with kidney cancer (surgical kidney removal), hospitalized in urology wards in Bydgoszcz hospitals.

Disease adjustment was assessed using the Acceptance of Illness Scale (AIS) while health locus of control – using the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) version B, in Juczynski adaptation.

Results: Examined patients differ among each other regarding disease adjustment and health locus of control. Men present higher results of disease acceptance and internal dimension. It has been shown that there is a relation between disease acceptance and internal dimension among patients before 50 years of age, and others' influence dimension in patients before 70 years of age. Patients over 70 years of age have the lowest disease acceptance. Patients living in the country present a lower level of disease acceptance and external locus of control. Married patients and those with children have a higher level of disease acceptance and internal locus of control. People with secondary and higher education present the highest scores regarding disease acceptance and internal dimension. The most frequently expressed fear concerns loss of the second kidney. Patients with higher AIS results and high internal dimension results do not have problems with adjusting to the changes imposed by the disease.

Conclusions: Received results may proclaim that disease acceptance, internal health locus of control and the sense that others have the influence on our health may be significant when it comes to recovery.

Key words: kidney cancer, nephrectomy, disease acceptance, internal health locus of control.

Wstęp

Rozpoznanie nowotworu, podobnie jak zdiagnozowanie każdej choroby zagrażającej życiu, wiąże się z przeżyciem silnych emocji [1]. Chorzy na złe wiadomości reagują we właściwy sobie sposób. Niektórzy z nich preferują mniej otwartości lub wolą, by treść rokowania podawana była stopniowo, w małych dawkach, w sposób uwzględniający czas potrzebny do akceptacji ich choroby [1, 2]. Pacjenci na wiadomość o raku zaprzeczają, niedowierzają, przeżywają silne emocje, bronią się przed przyjęciem bolesnej prawdy, walczą ze sobą, niektórzy izolują się od otoczenia, od swoich najbliższych. Czasami na zewnątrz pokazują, że nic się nie stało, na twarzy widnieje u nich uśmiech, ale jest to tylko przykrywka tego, co czują wewnątrz. Przeżywają ból i rozpacz, mają obawy, czy przeżyją, czy sobie ze wszystkim poradzą [1, 2]. Celem pracy było określenie związku pomiędzy przystosowaniem się do choroby a umiejscowieniem kontroli zdrowia u pacjentów z rozpoznaniem raka nerki jako wykładnika powrotu do optymalnego stanu zdrowia.

Materiał i metody

Zaprezentowane badania stanowią wycinek realizacji szerszego projektu analizy jakości życia osób z rozpoznaniem choroby nowotworowej. Badania przeprowadzono od lutego do grudnia 2011 r. w grupie 81 osób po usunięciu nerki z powodu choroby nowotworowej, w trzech szpitalach w Bydgoszczy (Szpital Uniwersytecki nr 1 i 2 oraz Szpital Onkologiczny) na oddziałach urologicznych, za zgodą komisji bioetycznej *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy (KB/38/2011). W przeprowadzonych badaniach wykorzystano Skalę akceptacji choroby (*Acceptance of Illness Scale – AIS*) (autorzy: B.J. Felton, T.A. Revenson i G.A. Hinrichsen) i Wielowymiarową skalę umiejscowienia kontroli zdrowia (*Multidimensional Health Locus of Control – MHLC*) – wersja B (autorzy: K.A. Wallston, B.S. Wallston, R. Devellis), obie skale w adaptacji Zygryda Luczyńskiego [3], oraz ankietę demograficzną i dotyczącą różnych aspektów życia.

Do opisu zmiennych wykorzystano statystyki opisowe (średnia arytmetyczna, minimum, maksimum, odchylenie standardowe) oraz rozkłady zmiennych. Badanie związków przeprowadzono za pomocą współczynnika korelacji Spearmana, a testem U Manna-Whitneya dokonano oceny różnic pomiędzy dwoma grupami. Za istotne statystycznie przyjęto wartości testu spełniające warunek, że $p < 0,05$. Analizy wykonano za pomocą pakietu statystycznego STATISTICA 10.0.

Wyniki

Analiza danych pokazuje, że średnia wieku respondentów wynosiła niespełna 58 lat (od 21 do 80 lat), mężczyźni stanowili ponad połowę badanych (53,1%). Wię-

szość miała wykształcenie średnie (40,7%) i zawodowe (28,4%), pozostawała w związkach małżeńskich (85,2%), posiadała potomstwo (90,1%), mieszkała w mieście (65,4%). Z pracy zawodowej utrzymywało się 28,4% badanych, z emerytury 46,9%, a z renty 18,5%. Większość badanych była zdania, że nie ma problemów z przystosowaniem się do zmian narzuconych przez życie z jedną nerką (60,5%). Najczęstszymi problemami okazały się zmiana stylu życia (28,4%), stosowanie diety lekkostrawnej (25,4%), kontrola przyjmowanych płynów (23,9%) i systematyczne kontrole w poradni urologicznej (22,4%). Większość miała obawy przed funkcjonowaniem w życiu z jedną nerką (71,6%). Najczęściej wymienianą obawą przed funkcjonowaniem w życiu codziennym okazała się utrata drugiej nerki (35,3%), wystąpienie przerzutów (33,1%) i zmiana stylu życia (14,4%).

Skala akceptacji choroby zawiera osiem stwierdzeń opisujących konsekwencje złego stanu zdrowia. Konsekwencje te sprowadzają się do uznania ograniczeń narzuconych przez chorobę, braku samowystarczalności, poczucia zależności od innych osób i obniżonego poczucia własnej wartości. Skala służy do pomiaru stopnia akceptacji choroby. Im większa akceptacja choroby, tym lepsze przystosowanie i mniejsze poczucie dyskomfortu psychicznego. Suma punktów (8–40 pkt) jest ogólną miarą stopnia akceptacji choroby [3]. Ze wszystkich obszarów akceptacji choroby (tab. 1.) najwyżej oceniono poczucie: *Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny/niepotrzebna* (3,64). W dalszej kolejności poczucie: *Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół* (3,60), najniżej ze wszystkich pozycji oceniono poczucie: *Nigdy nie będę samowystarczalny/samowystarczalna w takim stopniu, w jakim chciałbym/chciałabym być* (3,25) i *Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych, niż tego chcę* (po 2,89). Wynik średni akceptacji choroby (AIS) wyniósł 27,04 pkt, osiągając przeciętny poziom. Odchylenie standardowe stanowi ponad 29,0% wartości średniej, co świadczy z kolei o bardzo dużym zróżnicowaniu wyników AIS. Podjęto próbę ustalenia, czy stopień akceptacji choroby zróżnicowany jest poprzez zmienne, do których wytypowano płeć, grupy wiekowe, miejsce zamieszkania, posiadanie dzieci, wykształcenie, występowanie problemów z przystosowaniem się do zmian narzuconych przez życie z jedną nerką oraz obawy przed funkcjonowaniem w życiu z jedną nerką. Wyższe wyniki akceptacji choroby prezentują badani mężczyźni (3,46). Mieli oni wyższe wyniki we wszystkich pozycjach poza: *Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę* i *Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny/niepotrzebna*. Najwyższe wyniki akceptacji choroby prezentują badani w wieku do 50 lat, najniższe powyżej 70 lat. Badani z grupy wiekowej powyżej 50 lat przejawiali najwyższy poziom akceptacji choroby we wszystkich pozycjach, z wyjątkiem: *Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę*, *Z powodu swojego sta-*

nu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię i Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny/zależna od innych, niż tego chcę. W tych pozycjach wyższe wyniki osiągnęli badani w wieku 51–60 lat. Najniższe wyniki mieli badani w wieku powyżej 70 lat z wyjątkiem: Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię i Nigdy nie będę samowystarczalny/samowystarczalna w takim stopniu, w jakim chciałbym/chciałabym być, gdzie najniższe wyniki osiągnęli badani w wieku 61–70 lat. Wyższe wyniki akceptacji choroby prezentują badani z wykształceniem wyższym (3,79), następnie średnim (3,52), najniższe zaś osoby z wykształceniem podstawowym (2,89). Badani z wykształceniem wyższym przejawiali najwyższy poziom akceptacji choroby we wszystkich pozycjach, z wyjątkiem: Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół, w której to pozycji najwyższy wynik osiągnęli badani z wykształceniem podstawowym. Najniższe wyniki osiągnęli badani z wykształceniem podstawowym oprócz pozycji: Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny/niepotrzebna, Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół i Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się człowiekiem pełnowartościowym, gdzie najniższe wyniki osiągnęli badani z wykształceniem zawodowym. Wyższe wyniki AIS zarówno w wyniku ogólnym, jak i we wszystkich pozycjach prezentują badani, którzy zadeklarowali, że nie mają problemów z przystosowaniem się do zmian narzuconych przez życie z jedną nerką. Wyjątek stanowi pozycja: Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby. Wyższe wyniki AIS zarówno w wyniku ogólnym, jak i we wszystkich pozycjach prezentują badani, którzy

zadeklarowali, że nie mają obaw przed funkcjonowaniem z jedną nerką.

Kwestionariusz MHLC to Wielowymiarowa skala umiejscowienia kontroli zdrowia. Skala MHLC zawiera 18 stwierdzeń i ujmuje przekonania dotyczące zgeneralizowanych oczekiwań w trzech wymiarach umiejscowienia kontroli zdrowia:

- wewnętrzne (W) – kontrola nad własnym zdrowiem zależy ode mnie;
- wpływ innych (I) – własne zdrowie jest wynikiem oddziaływania innych, zwłaszcza personelu medycznego;
- przypadek (P) – o stanie zdrowia decyduje przypadek lub inne czynniki zewnętrzne.

Zakres wyników dla każdej ze skal obejmuje przedział 6–36 pkt. Im wyższy wynik, tym silniejsze przekonanie, że dany czynnik ma wpływ na stan zdrowia [3]. Ze wszystkich wymiarów umiejscowienia kontroli zdrowia (tab. 2.) najwyższe średnie wartości punktowe otrzymano w wymiarze wpływu innych (I), najniższe w wymiarze przypadku (P). Największą liczbę wyników wysokich otrzymano zarówno w wymiarze wewnętrznym (W), jak i wymiarze wpływu innych (po 46,9%). Analizując umiejscowienie kontroli zdrowia, dokonano analizy porównawczej ze względu na wcześniej wytypowane zmienne. Większą przewagę wyników wysokich wymiaru wewnętrznego odnotowano wśród mężczyzn (50,0%), natomiast przewagę wyników wysokich wymiaru wpływu innych wśród kobiet (51,2%), z kolei przewagę wyników wysokich w wymiarze przypadku wśród mężczyzn (47,4%). Najwięcej wyników wysokich wymiaru wewnętrznego uzyskano w grupie wiekowej 51–60 lat (59,1%), najmniej u osób powyżej

Tabela 1. Średnie wyniki pozycji kwestionariusza AIS

Nr	Pozycja	Liczba	Średnia	SD	Ufność –95,0%	Ufność +95,0%	Min.	Mediana	Maks.
1	Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę	81	3,38	1,374	3,08	3,69	1,0	3,0	5,0
2	Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię	81	3,32	1,448	3,00	3,64	1,0	4,0	5,0
3	Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny/niepotrzebna	81	3,64	1,443	3,32	3,96	1,0	4,0	5,0
4	Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych, niż tego chcę	81	2,89	1,483	2,56	3,22	1,0	3,0	5,0
5	Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół	81	3,60	1,375	3,30	3,91	1,0	4,0	5,0
6	Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się człowiekiem pełnowartościowym	81	3,57	1,378	3,26	3,87	1,0	4,0	5,0
7	Nigdy nie będę samowystarczalny/samowystarczalna w takim stopniu, w jakim chciałbym/chciałabym być	81	3,25	1,365	2,95	3,55	1,0	3,0	5,0
8	Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby	81	3,38	1,347	3,08	3,68	1,0	3,0	5,0

Tabela 2. Średnie i mediany umiejscowienia kontroli zdrowia

W			I			P		
średnia	SD	mediana	średnia	SD	mediana	średnia	SD	mediana
25,43	5,6567	26,0	27,80	5,4987	28,0	23,59	5,5718	23,0

Tabela 3. Korelacje wymiarów kontroli zdrowia i typów umiejscowienia kontroli zdrowia z wynikami AIS

Pozycja	N	R	t(N-2)	p
wynik kontrola wewnętrzna oraz AKC	81	0,3863	3,7225	0,0004
wynik wpływ innych oraz AKC	81	-0,2183	-1,9884	0,0502
wynik przypadek oraz AKC	81	-0,2384	-2,1815	0,0321
typ umiejscowienia kontroli zdrowia oraz AKC	81	-0,2972	-2,7666	0,0071

70 lat (35,7%), natomiast więcej wyników wysokich wymiaru wpływu innych w grupie wiekowej powyżej 70 lat (85,7%), mniej u osób do 50 lat (13,0%), z kolei więcej wyników wysokich wymiaru przypadku uzyskano w grupie wiekowej 51–60 lat (59,1%), a mniej w grupie do 50 lat (39,1%). Więcej wyników wysokich w wymiarze wewnętrznym prezentują mieszkańcy miasta (56,6%), z kolei w wymiarze wpływu innych – mieszkańcy wsi (50,0%) i podobnie wymiar przypadku (64,3%). Więcej wyników wysokich w wymiarze wewnętrznym prezentują badani mający dzieci (49,3%), podobnie w wymiarze wpływu innych (47,9%), a w wymiarze przypadku więcej wyników wysokich uzyskali badani niemający dzieci (87,5%). Najwięcej wyników wysokich wymiaru wewnętrznego uzyskano w grupie z wykształceniem średnim (57,6%) i wyższym (46,7%), najmniej z podstawowym (30,0%). Najwięcej wyników wysokich wymiaru wpływu innych uzyskano w grupie z wykształceniem średnim (57,6%) i zawodowym (56,5%), najmniej z wyższym (6,7%). Najwięcej wyników wysokich wymiaru przypadku uzyskano w grupie z wykształceniem zawodowym (60,0%) i podstawowym (50,0%), najmniej z wyższym (26,7%). Więcej wyników wysokich w wymiarze wewnętrznym prezentują badani, którzy nie mają problemów z przystosowaniem do zmian narzuconych przez życie z jedną nerką (51,0%). Podobny rozkład wyników dotyczył wymiaru wpływu innych (49,0%). W wymiarze przypadku więcej wyników wysokich uzyskali badani mający problemy z przystosowaniem (50,0%). Więcej wyników wysokich w wymiarze wewnętrznym prezentują badani, którzy nie mają obaw przed funkcjonowaniem w życiu z jedną nerką (56,5%), z kolei w wymiarze wpływu innych więcej wyników wysokich mają badani mający te obawy (48,3%), a w wymiarze przypadku więcej wyników wysokich uzyskali badani niemający obaw przed funkcjonowaniem w życiu z jedną nerką (47,8%).

Wyniki AIS pozostawały w istotnej statystycznie korelacji z wynikami wymiarów i typów umiejscowienia kontroli zdrowia (tab. 3.): w korelacji niskiej z wynikami wymiaru przypadku i w korelacji średniej z wynikami wymiaru wewnętrznego. Wyższe wyniki akceptacji choroby prezentują badani uzyskujący wyniki wysokie w wymiarze wewnętrznym kontroli zdrowia i niskie w wymiarze kontroli zdrowia wpływu innych oraz niskie w kontroli zdrowia wymiaru przypadku.

Dyskusja

Rak nerki stanowi ok. 1,5% przyczyn zgonów nowotworowych u mężczyzn i ok. 1,2% u kobiet. Na milion mężczyzn przypada ok. 37 chorych na nowotwór nerki, a na milion kobiet ok. 25. Z tego wynika, że rak nerki częściej występuje u mężczyzn niż u kobiet [4]. Otrzymanie informacji, że jest się chorym na raka lub że choroba ta dotknęła najbliższą osobę, jest katastrofalnym wydarzeniem. Ciężar emocjonalny tej informacji można porównywać wyłącznie z emocjami towarzyszącymi utracie najbliższej osoby [1]. Choroba nowotworowa jest odbierana jako najbardziej stresująca spośród wszystkich schorzeń. Postrzegana jest nawet jako ciężka sytuacja traumatyczna wyzwalająca negatywne reakcje emocjonalne, głównie w postaci lęku [5]. Przystosowanie psychiczne do choroby przejawia się w procesach poznawczych, w zachowaniu i w dużym stopniu decyduje o jakości życia [6]. Emocje, jakie towarzyszą rozpoznaniu choroby nowotworowej, to lęk, strach, niepokój, ale także nadzieja, „wiera w cud” i pragnienie uzdrowienia. Chory obawia się utraty swobody i autonomii, uzależnienia od rodziny i znajomych, ograniczenia niezależności [7, 8]. Celem pracy było określenie związku pomiędzy przystosowaniem się do choroby a umiejscowieniem kontroli zdrowia u pacjentów z rozpoznaniem raka nerki jako wykładnika powrotu do optymalnego stanu zdrowia, a często powrotu do codziennego życia. Badania przeprowadzono na populacji 81 osób po zabiegu usunięcia nerki, z rozpoznaniem raka nerki. Uzyskane wyniki wskazują, że chorzy z rozpoznaniem raka nerki różnią się pomiędzy sobą przystosowaniem się do choroby onkologicznej. Po analizie rezultatów dotyczących akceptacji choroby uzyskano wynik przeciętny, o bardzo dużym zróżnicowaniu wyników AIS. Można wywnioskować, że zależność ta spowodowana jest różnicami wywodzącymi się m.in. z zaawansowania choroby, przebiegu rekonwalescencji po zabiegu chirurgicznym. Podob-

ne wnioski uzyskano w badaniach pacjentów z rozpoznaniem cukrzycy, w których również wykazano akceptację na przeciętnym poziomie, a poszczególne osoby także różniły się między sobą stopniem akceptacji. W badaniach tych zauważono, że takie zróżnicowanie w poziomie akceptacji cukrzycy było spowodowane różnym stopniem zaawansowania choroby u poszczególnych pacjentów. W związku z tym u każdego chorego występowały inne problemy, odmienne powikłania oraz związane z nimi dolegliwości i obawy [9]. Ze wszystkich obszarów akceptacji choroby najwyżej oceniono poczucie: *Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny/niepotrzebna*, a w dalszej kolejności poczucie: *Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół*. Może to oznaczać, że respondenci mają wsparcie od swoich współmałżonków i dzieci. Z badań wynika, że większość osób ma współmałżonków oraz dzieci, dlatego mają dla kogo walczyć o swoje przeżycie, czują się potrzebni i nie mają problemów z przystosowaniem się do choroby, a co za tym idzie – akceptują swój stan zdrowia. W badaniach Krasuckiej dotyczących wsparcia emocjonalnego względem najbliższych zaobserwowano, że w sytuacji kryzysowej najlepszą grupą wsparcia jest rodzina. Relacje z rodziną wzmacniają przekonania o możliwości pokonania trudnych sytuacji [10]. Również badania De Walden-Gatuszko potwierdzają ogromną rolę rodziny i osób najbliższych jako tych, którzy udzielają największego wsparcia emocjonalnego choremu w trudnych chwilach, pomagają w podjęciu ważnych decyzji, zastępują chorego w pełnionych dotychczas przez niego rolach [11]. Analizując dalej, przystosowanie się do choroby i odzwierciedlenie w wynikach akceptacji choroby może mieć związek z tym, że większość badanych odpowiadało, iż nie ma problemów z przystosowaniem się do zmian narzuconych przez życie z jedną nerką, z kolei w badaniach przeprowadzonych przez Rolka nad pacjentami chorującymi na migrenę, na pytanie w kwestionariuszu AIS: Czy występują kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę?, ponad połowa respondentów potwierdza, że ma kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę [12]. Wnioskować zatem można, że rodzaj choroby nie ma znaczącego wpływu na przystosowanie się do choroby. Co ciekawe, chorzy w badaniach własnych pomimo choroby nowotworowej, która może mieć poważne konsekwencje, doprowadzając nawet do śmierci, odpowiadają, że nie mają kłopotów z przystosowaniem się do choroby, natomiast kontrowersyjne może być to, że mimo zaakceptowania choroby większość badanych była zdania, że ma obawy przed funkcjonowaniem w życiu z jedną nerką. Najbardziej osoby te obawiały się utraty drugiej nerki oraz wystąpienia przerzutów. Obawy chorych są jak najbardziej uzasadnione, ponieważ nikt ich nie zapewni, że nie zachorują ponownie. Jeżeli zaakceptowali chorobę, to być może ich obawy staną się pozytywnym bodźcem do podjęcia walki o własne zdrowie, skłonią ich do zwiększonej czujności, ostrożności w podejmowaniu różnych decyzji oraz do wzmożonej kontroli swojego zdrowia.

mowaniu różnych decyzji oraz do wzmożonej kontroli swojego zdrowia.

W dalszej części badań własnych analiza statystyczna danych wykazała, że pacjenci z rozpoznaniem raka nerki różnią się pomiędzy sobą oczekiwaniami dotyczącymi umiejscowienia kontroli ich zdrowia. Większość chorych generalizuje wewnętrzną kontrolę zdrowia oraz wpływ innych na swój stan zdrowia. Największą liczbę wyników wysokich otrzymano zarówno w wymiarze wewnętrznym, jak i w wymiarze wpływu innych. Taki układ cech jest niezwykle korzystny, ponieważ pacjenci będą realizować zalecenia lekarskie i pielęgniarskie oraz mobilizować się do podjęcia aktywnego działania. Można też z drugiej strony obawiać się, czy taki wysoki wynik w zakresie kontroli wewnętrznej nie będzie świadczył o skłonności do korygowania terapii bez wcześniejszych uzgodnień z personelem medycznym. Potwierdzenie można odnaleźć w pracy Wlazło, której zdaniem bardzo istotne jest to, iż pacjenci dializowani otrzewnowo w porównaniu z populacją osób zdrowych uzyskują nie tylko wysoki wynik w zakresie wewnętrznej kontroli, lecz także w odniesieniu do uznania wpływu innych na zdrowie [13]. Potwierdzenia tego wyniku można się również doszukać w badaniach własnych, ponieważ w większości respondenci odpowiadali, że mają potrzebę większej dbałości o własne zdrowie niż przed zachorowaniem, może mieć to również związek z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia oraz wpływem innych. Największą liczbę wyników wysokich otrzymano zarówno w wymiarze wewnętrznym (W), jak i wymiarze wpływu innych, co może świadczyć, że osoby przejawiające dominację wewnętrznej kontroli są bardziej autonomiczne w podejmowaniu decyzji, częściej angażują się w aktywność prozdrowotną i mają poczucie większej odpowiedzialności za swoje zdrowie. Gdy poczuciu temu towarzyszy silne przekonanie o wpływie innych, łatwiej jest zrealizować zalecenia lekarskie dotyczące zmiany swojego zachowania i zrozumienia istoty leczenia, mobilizuje to do efektywnego działania w walce z rakiem. A to z kolei przyczynia się do lepszego zaakceptowania swojego stanu zdrowia, współpracy z personelem medycznym, a nie tylko do lepszych stosunków z rodziną. Do podobnych wniosków doszedł Juczyński w badaniach kobiet z rakiem sutka i jajników, gdzie słabe poczucie umiejscowienia kontroli wiąże się z bezradnością i zaabsorbowaniem lękowym, natomiast akceptacja własnej choroby idzie w parze z bardziej aktywnym radzeniem sobie z chorobą [6]. Wykazano, że istnieją związki pomiędzy przystosowaniem się do choroby onkologicznej a przekonaniem dotyczącym zgeneralizowanych oczekiwań umiejscowienia kontroli ich zdrowia. Im wyższe wyniki akceptacji choroby prezentują respondenci, tym większy wpływ ma to na uzyskiwanie wyników w wysokim wymiarze wewnętrznej kontroli zdrowia, jak również w wymiarze wpływu innych. Reasumując – to, w jakim stopniu chorzy na raka nerki przystosowują się do choroby, zależy od ich zaakceptowania choroby, a to

jest zależne od ich wewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia oraz wpływu innych osób na ich zdrowie. Osoby z chorobą nowotworową różnią się pod względem występowania poziomu akceptacji choroby i umiejscowienia kontroli zdrowia. Biorąc pod uwagę płeć, nie odnotowano istotnych różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami. Wyższe wyniki akceptacji choroby i większą przewagę wyników wysokich wymiaru wewnętrznego prezentowali mężczyźni (w nieznacznym stopniu). Bardziej wyrazistą różnicę co do wyższych wyników akceptacji w stosunku do płci zauważono w badaniach u Niedzielskiego, gdzie stopień akceptacji w chorobach przewlekłych wskazuje, że kobiety mają większe trudności w radzeniu sobie z chorobą przewlekłą [14]. Być może jest to związane z emocjonalną naturą kobiet. Najwyższe wyniki akceptacji choroby prezentują badani w wieku do 50 lat, najniższą w wieku powyżej 70 lat. Pozostaje to w zgodzie z innymi doniesieniami na temat mniejszych zdolności adaptacyjnych u osób w podeszłym wieku [15]. Do podobnego wniosku doszła Karna-Matyjaszek w swoich badaniach prowadzonych u pacjentów z rozpoznaniem jaskry. Analizując dalej – najwięcej wyników wysokich wymiaru wewnętrznego uzyskano w grupie wiekowej 51–60 lat, najmniej powyżej 70 lat. Wiek może mieć istotny wpływ na zaakceptowanie swojej choroby, a do tego badani, mając wewnętrzną kontrolę, są bardziej odpowiedzialni za swoje zdrowie, za proces zdrowienia i rehabilitację. Osoby starsze w porównaniu z młodszymi, częściej przyjmują postawę bierną w procesie leczenia, bardziej zawierają innym, to znaczy lekarzom, poddają się ich decyzji. Według przeprowadzonych badań przez Kościelaka świadome „kontrolowanie” przebiegu choroby sprzyja na ogół jej akceptacji i zapobiega bolesnym rozczarowaniom związanym z nadmiernymi nadziejami na wyzdrowienie czy powrót do pełnej sprawności [16]. Wyższe wyniki AIS zarówno w wyniku ogólnym, jak i we wszystkich pozycjach prezentują mieszkańcy miasta, co daje taką samą zależność z umiejscowieniem zdrowia. Więcej wyników wysokich w wymiarze wewnętrznym prezentują mieszkańcy miasta. W wymiarze wpływu innych – mieszkańcy wsi i podobnie wymiar przypadku. Analizując powyższe wyniki, można przyjąć, że wewnętrzne umiejscowienie kontroli oraz akceptacja choroby zdeterminowane są miejscem zamieszkania. Podobne wnioski odnotowano w badaniach nad poczuciem umiejscowienia kontroli i przekonania o własnej skuteczności u kobiet z nowotworem piersi, pod kierunkiem Kościelaka, z których wynika, że wystąpiła duża dysproporcja między kobietami zamieszkującymi w miastach w stosunku do kobiet mieszkających na wsi, na niekorzyść mieszkanki wsi [18]. Przyczyny można się doszukiwać być może w mniejszej dostępności do badań profilaktycznych, specjalistów oraz osób, które mogłyby pomóc w jak najszybszym powrocie do zdrowia. Rozpatrując różnice u osób chorych onkologicznie, należy również wziąć pod uwagę wykształcenie. Jest ono zmienną w dużej mierze przesądającą o pozycji jednostki w struk-

turze społecznej oraz najważniejszym pojedynczym czynnikiem kształtującym postawy i zachowania wobec zdrowia i choroby, hierarchię wartości oraz style życia. W przeprowadzonych badaniach wyższe wyniki akceptacji choroby prezentują badani z wykształceniem wyższym, następnie ze średnim, a najniższe z podstawowym. Badani z wykształceniem wyższym przejawiali najwyższy poziom akceptacji choroby we wszystkich pozycjach, z wyjątkiem: *Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół*, w której to pozycji najwyższy wynik osiągnęli badani z wykształceniem podstawowym. Najniższe wyniki osiągnęli badani z wykształceniem podstawowym oprócz pozycji: *Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny/niepotrzebna*, *Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół* i *Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się człowiekiem pełnowartościowym*, gdzie najniższe wyniki osiągnęli badani z wykształceniem zawodowym. Do podobnych wniosków doszła Karna-Matyjaszek w swojej pracy badawczej nad akceptacją choroby u pacjentów z rozpoznaniem jaskry, gdzie większą akceptację choroby obserwowano u chorych ze średnim i wyższym wykształceniem w proporcji do tych z podstawowym i zawodowym jak 6 : 1 [15]. Wydaje się, że osobom takim łatwiej jest zrozumieć istotę własnego problemu zdrowotnego i dopasować się do zaistniałych nowych okoliczności. Badając również poziom wykształcenia i różnice w umiejscowieniu kontroli zdrowia, najwięcej wyników wysokich wymiaru wewnętrznego uzyskano w grupie z wykształceniem średnim, dalej w grupie z wyższym, a najmniej wśród osób z wykształceniem podstawowym. Podsumowując, można stwierdzić, że istnieje pewna zależność: otóż osoby z wykształceniem średnim i wyższym lepiej zaakceptowały swoją chorobę, co może być powiązane z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia, ponieważ wykształcenie jest zmienną w dużej mierze przesądającą o pozycji jednostki w strukturze społecznej oraz najważniejszym pojedynczym czynnikiem kształtującym postawy i zachowania wobec zdrowia i choroby, hierarchię wartości oraz style życia. Przyglądając się wynikom badań Krenc, prowadzonych pod kierunkiem Kościelaka na temat poczucia umiejscowienia kontroli i przekonania o własnej skuteczności u kobiet z nowotworem piersi, można stwierdzić, że podejmowanie wczesnych badań profilaktycznych związanych z rakiem piersi jest większe wśród kobiet lepiej wykształconych [16]. Podsumowując, można stwierdzić, że powrót do optymalnego stanu zdrowia zależy od poziomu akceptacji choroby – im wyższa akceptacja, tym przystosowanie się do choroby jest lepsze, a co za tym idzie, chorzy odczuwają mniejszy dyskomfort psychiczny. Z kolei w połączeniu z wewnętrzną kontrolą zdrowia i wpływem innych na zdrowie pozwoli to chorym na świadome uczestnictwo w procesie leczenia i stosowanie się do zaleceń personelu medycznego, a tym samym na poprawę ich stanu zdrowia.

Wnioski

1. Pacjenci z rozpoznaniem raka nerki różnią się pomiędzy sobą przystosowaniem się do choroby onkologicznej oraz przekonaniami dotyczącymi zgeneralizowanych oczekiwań umiejscowienia kontroli ich zdrowia.
2. Wyższe wyniki akceptacji choroby i wymiaru wewnętrznego prezentują mężczyźni. Wykazano związek akceptacji choroby i wymiaru wewnętrznego wśród badanych w wieku do 50 lat, natomiast wymiaru wpływu innych w grupie osób powyżej 70 lat. Najniższą akceptację choroby odnotowano u osób w wieku powyżej 70 lat.
3. Chorzy żyjący w środowisku wiejskim charakteryzują się niższym poziomem akceptacji choroby i zewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia. Osoby, które posiadają dzieci i współmałżonków, różnicowały się wyższym poziomem akceptacji choroby oraz wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia. Najwyższe wyniki akceptacji choroby oraz wymiaru wewnętrznego odnotowano w grupie z wykształceniem średnim i wyższym.
4. Najczęściej wymienianą obawą okazała się utrata drugiej nerki. Pacjenci z wyższymi wynikami AIS oraz wysokiego wymiaru wewnętrznego nie mają problemów z przystosowaniem się do zmian narzuconych przez życie z jedną nerką.

Piśmiennictwo

1. Rola pielęgniarki w opiece psychoonkologicznej. W: Nowicki A (red.). Pielęgniarstwo onkologiczne. Termedia, Poznań 2009; 23-36.
2. Lambley P. Psychologia raka, jak zapobiegać, jak przeżyć. Wydawnictwo Książka i Wiedza, Warszawa 1995; 147-180.
3. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001; 79-91, 168-181.
4. Didkowska J, Wojciechowska U, Zatoński W. Prognozy zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce do 2025 r. Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2009; 81-87.
5. Sieńkowska-Magoń M, Grzesiak J, Leś J. Leczenie bólu u chorych z zaawansowaną postacią raka nerki. Współczesna Onkol 2005; 9: 110-115.
6. Juczyński Z. Psychologiczne wyznaczniki przystosowania się do choroby nowotworowej. Zakład Psychologii Zdrowia. Psychoonkologia 1997; 1: 22-27.
7. Korzeniowska J. Choroba nowotworowa w twoim życiu. Poradnik psychologiczny dla chorych i ich rodzin. 2008; 1: 1-26.
8. Kurowska K, Weilandt K. Poczucie koherencji a radzenie sobie z chorobą u osób z rozpoznaniem raka płuca. Problemy Pielęgniarstwa 2010; 1: 11-16.
9. Kurowska K, Lech B. Akceptacja choroby i sposoby radzenia ze stresem u chorych na cukrzycę typu 2. Diabetol Prakt 2011; 12: 12-15.
10. Krasuska M, Stanisławek A, Lechnicka J, Wrońska I. Wsparcie pacjenta i rodziny w chorobie, cierpieniu i śmierci. Psychoonkologia 2002; 6: 60-68.
11. Juczyński Z. Radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową. W: de Walden-Gatuszko K (red.). Psychoonkologia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000; 23-44.
12. Rolka H, Krajewska-Kułak E, Kułak W i wsp. 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: 178-183.
13. Wlazło A, Weyde W, Sałek A, Dolińska G. Czynniki psychologiczne a wybór metody leczenia nerkozastępczego u chorych ze schyłkową niewydolnością nerek. Nefrologia i Dializoterapia Polska 2008; 12: 221-225.
14. Niedzielski A, Humaniuk E, Błaziak P, Fedoruk D. Stopień Akceptacji Choroby w wybranych chorobach przewlekłych. Wiadomości Lekarskie 2007; 15: 5-6.
15. Karna-Matyjaszek M, Sierżantowska R, Mariak Z. Akceptacja choroby przez pacjentów z rozpoznaniem jaskry. Pol Merkuriusz Lek 2010; 28: 37-39.
16. Kościelak R. Poczucie umiejscowienia kontroli i przekonanie o własnej skuteczności w zdrowiu i chorobie. Wydawnictwo Impuls, Kraków 2010; 126-147.