

ROLA PRZYSTOSOWANIA SIĘ DO OPTYMALNEJ JAKOŚCI ŻYCIA OSÓB PO CAŁKOWITYM USUNIĘCIU KRTANI

The role of adaptation to the optimal quality of life among patients after total laryngectomy



Krystyna Kurowska, Seweryna Jakielewicz

Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarstwa, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2013; 1: 21-27

Praca wpłynęła: 04.03.2012, przyjęto do druku: 03.01.2013

Adres do korespondencji:

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

Streszczenie

Wstęp: Laryngektomia, czyli całkowite usunięcie krtani, jest chirurgiczną metodą leczenia raka krtani, najbardziej okaleczającą człowieka, pozbawiającą aparatu głosu – krtani. Większość pacjentów nie akceptuje choroby, a w związku z tym następuje pogorszenie jakości życia.

Cel pracy: Określenie wpływu przystosowania się do choroby jako wyznacznika optymalnej jakości życia w grupie osób po całkowitym usunięciu krtani.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 w Bydgoszczy wśród pacjentów poradni laryngologicznej, foniatrycznej oraz oddziału otolaryngologii. Do oceny akceptacji choroby wykorzystano kwestionariusz AIS Juczyńskiego, a do oceny jakości życia – kwestionariusz WHO-QOL-BREF (wersja skrócona).

Wyniki: Badani uzyskali przeciętną ocenę akceptacji choroby. Jakość życia wzrastała wraz z akceptacją choroby – im większa akceptacja choroby, tym lepsza jakość życia w każdej sferze.

Wnioski: Otrzymane wyniki mogą mieć wpływ na lepszą akceptację choroby, pozwolą chorym lepiej przystosować się do swojej niepełnosprawności. Akceptacja choroby oraz jakość życia nie zależą tylko od chorego, lecz także od tego, jak społeczeństwo zaakceptuje inność człowieka.

Słowa kluczowe: całkowite usunięcie krtani, akceptacja choroby, jakość życia.

Summary

Introduction: Laryngectomy, a total removal of the larynx, is surgical treatment for laryngeal cancer. The method (most crippling for a human) deprives of voice, i.e. laryngeal apparatus. Most patients do not accept the disease, and therefore quality of life deteriorates.

Aim of study: to determine the effect of adaptation to the disease as a determinant of optimal quality of life in a group after total laryngectomy.

Material and methods: The study was conducted in University Hospital No. 2 in Bydgoszcz among patients in ENT (ear, nose, and throat) Outpatient Clinic, Phoniatic Outpatient Clinic and Otolaryngology ward. Juczyński's adaptation of Acceptance of Illness Scale (AIS) was used to assess the acceptance of the disease. To assess the quality of life, a short version of WHOQOL-BREF questionnaire was used.

Results: The respondents received an average approval rating of the disease. Quality of life grows along with the acceptance of the disease. The greater the acceptance of illness, the better the quality of life in every sphere.

Conclusions: The results may have an influence on better acceptance of the disease and will allow patients to better accept their disability. Acceptance of illness and quality of life depends not only on the patient but also on how society accepts the otherness of a human.

Key words: complete removal of the larynx, acceptance of illness, quality of life.

Wstęp

W ostatnich latach można zauważyć rosnące zainteresowanie psychologów oraz pracowników medycznych pojęciem jakości życia. Rozumiana jest ona wielowymiarowo. To sposób, w jaki człowiek odczuwa i reaguje

na stan swojego zdrowia. Choroba nowotworowa jest jednym z ważniejszych czynników wpływających na ocenę jakości życia. Rak traktowany jest przez ludzi jak wyrok, kojarzy się z cierpieniem, bólem, lękiem o przyszłość [1]. Laryngektomia całkowita, czyli całkowite usunięcie krtani (aparatu mowy), zaburza komunikację werbalną i czę-

ściowo pozawerbalną. Zdrowy człowiek praktycznie w ciągu krótkiego czasu staje się niepełnosprawny. Pozbawiony zostaje głosu, który często jest wykładnikiem jego tożsamości. Głos to osobowość, przynależność do określonej płci, znak identyfikacyjny osobnika [4]. Oszpicone miejsce na szyi wzbudza w chorym poczucie poniżenia lub powoduje, że traktuje siebie jako człowieka drugiej kategorii. Noszenie rurki tracheotomijnej powoduje u chorych poczucie dyskryminacji społecznej oraz stanowi przyczynę licznych frustracji. Utrata głosu jest okaleczeniem fizycznym, psychicznym oraz społecznym. Kalectwo to oznacza zepchnięcie chorego na margines społeczny, pozbawienie go funkcji społecznych, zawodowych. Zaburzona zostaje jego pozycja w rodzinie jako męża, żony czy rodzica [3].

Celem pracy było określenie wpływu przystosowania się do choroby jako wyznacznika optymalnej jakości życia w grupie osób po całkowitym usunięciu krtani.

Materiał i metody

Zaprezentowane badania stanowią wycinek realizacji szerszego projektu mającego na celu analizę jakości życia osób z upośledzeniem aparatu głosu. Badania przeprowadzono od września 2011 r. do kwietnia 2012 r. w grupie 70 pacjentów po całkowitym usunięciu krtani w poradni foniatrycznej, logopedycznej, otolaryngologicznej, oddziału otolaryngologii, wchodzących w strukturę Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 w Bydgoszczy. Na badania uzyskano zgodę komisji bioetycznej *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (KB/524/2011). W badaniach wykorzystano kwestionariusz do badania jakości życia WHOQOL-BREF (skrótowa polska wersja Wo-

wickiej i Jaracz) [4], skalę (*Acceptance Illness Scale – AIS*) w adaptacji Juczyńskiego, służącą do określenia stopnia akceptacji choroby [5]. Do opisu zmiennych zastosowano statystyki opisowe (średnia arytmetyczna, minimum, maksimum, odchylenie standardowe) oraz rozkłady zmiennych. Badanie związków przeprowadzono za pomocą współczynnika korelacji liniowej Spearmana. Za istotne statystycznie przyjęto wartości testu spełniające warunek $p < 0,05$. Analizy wykonano z użyciem pakietu statystycznego STATISTICA 10.

Wyniki badań

Analiza danych pokazuje, że średnia wieku respondentów wynosiła niespełna 64 lata (48–81 lat), z przewagą mężczyzn (78,6%). Większość badanych miała wykształcenie zawodowe (41,4%) i podstawowe (27,1%), pozostawała w związkach małżeńskich (50%), posiadała potomstwo (80%) i mieszkała w mieście (72,9%) z rodziną (69%). Z pracy zawodowej utrzymywało się 8,6% badanych, z emerytury 40% i z renty 42,9%. Przynależność do Klubu Laryngektomowanych zadeklarowało 27,1% osób. Największe zmiany wskazywane przez badanych po zabiegu w stylu życia to przede wszystkim ograniczenie palenia papierosów (56,7%) i zmniejszenie spożywania alkoholu (21,5%).

Analizie poddano stopień przystosowania badanych do choroby po całkowitym usunięciu krtani. Skala akceptacji choroby (*Acceptance Illness Scale – AIS*) 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

Tabela 1. Średnie wyniki pozycji kwestionariusza AIS

Nr	Pozycja	Liczba	Średnia	SD	Ufność –95%	Ufność +95%	Min.	Mediana	Maks.
1.	Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę	70	2,93	1,159	2,65	3,20	1,0	3,0	5,0
2.	Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię	70	2,90	1,241	2,60	3,20	1,0	3,0	5,0
3.	Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny	70	3,30	1,334	2,98	3,62	1,0	3,0	5,0
4.	Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych, niż tego chcę	70	3,03	1,262	2,73	3,33	1,0	3,0	5,0
5.	Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół	70	3,43	1,292	3,12	3,74	1,0	3,5	5,0
6.	Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się człowiekiem pełnowartościowym	70	3,33	1,293	3,02	3,64	1,0	3,0	5,0
7.	Nigdy nie będę samowystarczalny w takim stopniu, w jakim chciałbym być	70	2,91	1,073	2,66	3,17	1,0	3,0	5,0
8.	Myślę, że ludzie przebywający ze mną często są zakłopotani z powodu mojej choroby	70	2,87	1,329	2,55	3,19	1,0	3,0	5,0

poczucia własnej wartości. Skala służy do pomiaru stopnia akceptacji choroby – im większa akceptacja choroby, tym lepsze przystosowanie i mniejsze poczucie dyskomfortu psychicznego. Odpowiedzi uszeregowano, nadając im wartość punktową: od zdecydowanie się zgadzam – 1, do zdecydowanie się nie zgadzam – 5. Uzyskanie najmniejszej liczby punktów (1) wyraża złe przystosowanie do choroby, zaś zdecydowany brak zgody (5) oznacza akceptację choroby. Suma punktów od 8 do 40 jest ogólną miarą stopnia akceptacji choroby [5]. Ze wszystkich obszarów akceptacji choroby (tab. 1.) najwyżej oceniono poczucie *Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się człowiekiem pełnowartościowym* (średnia 3,33) i *Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół* (średnia 3,43). Najniżej ze wszystkich pozycji oceniono poczucie: *Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię* (średnia 2,9) i *Myszę, że ludzie przebywający ze mną często są zaskopotani z powodu mojej choroby* (średnia 2,87). Średni wynik akceptacji choroby (AIS) wyniósł 24,7 punktu, co świadczy o przeciętnym poziomie akceptacji choroby. Odchylenie standardowe stanowi ponad 32% wartości średniej, co oznacza bardzo duże zróżnicowanie wyników AIS. Zdecydowaną, pełną akceptację choroby przejawia niespełna co trzeci badany (30%). Są to osoby, które uzyskały 30 i więcej punktów (72,5% możliwych punktów). Kolejnych 29 osób (41,4%) wyraża przeciętną akceptację choroby, uzyskali oni 19–29 punktów. Pozostałe osoby praktycznie nie akceptują choroby. Podjęto próbę ustalenia, czy stopień akceptacji choroby zróżnicowany jest przez zmienne, do których zaliczono grupy wiekowe, płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie, stan cywilny, posiadanie dzieci, przynależność do Klubu Laryngektomowanych. Odnotowano istotne statystycznie korelacje pomiędzy wiekiem a wynikami akceptacji choroby ($p < 0,05$). Najwyższe wyniki akceptacji choroby prezentują badani w wieku do 60 lat. Najniższą akceptację przejawiają badani w wieku 70 i więcej lat. Badani w wieku do 60 lat uzyskali najwyższe

wyniki we wszystkich pozycjach z wyjątkiem *Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych, niż tego chcę* (3,15) i *Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół* (3,69), gdzie najwyższe wyniki uzyskali badani w wieku 60–69 lat. Najniższe wyniki we wszystkich pozycjach uzyskali badani w wieku 70 i więcej lat. Wyższe wyniki AIS prezentują mężczyźni we wszystkich pozycjach z wyjątkiem *Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół* (3,05). Wyższe wartości AIS zarówno w wyniku ogólnym, jak i we wszystkich pozycjach prezentują mieszkańcy miasta, badani ze średnim lub wyższym wykształceniem, będący w związku małżeńskim, posiadający dzieci i przynależący do Klubu Laryngektomowanych.

Następnie analizie poddano wyniki uzyskane za pomocą kwestionariusza WHOQOL-BREF. W ocenie badanych zarówno jakość życia, jak i zadowolenie ze zdrowia były przeciętne – jakość życia to średnia 3,31 punktu, zadowolenie ze zdrowia oceniono nieco niżej – średnia 3,23. Liczba osób z ocenami przeciętnymi w obu przypadkach była na identycznym poziomie. Najwyższą jakość życia prezentowali badani w wieku 60–69 lat, najniższą zaś w wieku 70 lat i starsi. Analogiczne wyniki uzyskano w odniesieniu do zadowolenia z własnego zdrowia. Wyższą jakość życia oraz zadowolenie ze zdrowia prezentowali badani mężczyźni, mieszkańcy miasta, ze średnim lub wyższym wykształceniem, będący w związku małżeńskim, posiadający potomstwo, przynależący do Klubu Laryngektomowanych. Najliczniejszą grupę stanowili badani oceniający dziedzinę fizyczną jako *dobrze* (37,1%) oraz *ani dobrze, ani źle* (22,9%). Ogólnie dziedzinę fizyczną najwięcej badanych oceniło pozytywnie (58,6%). Średnia ocena wyniosła 61,59 i jest to ocena pozytywna. Najwyższe oceny dziedziny somatycznej (tab. 2.) uzyskano w podskalach: *ból i dyskomfort* (średnia 3,96) oraz *zależność od leków i leczenia* (średnia 3,77), najniższe natomiast w *zdolność do pracy* (średnia 3,1) oraz *wypoczynek i sen* (średnia 3,1). Grupy wiekowe pozostawały w istot-

Tabela 2. Średnia z pytań (podskal) oceny stanów – dziedzina somatyczna

Pytanie	Dziedzina somatyczna	Średnia	SD	Ufność –95%	Ufność +95%	Mediana	Min.	Maks.
1.	ogólna ocena jakości życia	3,31	0,733	3,14	3,49	3,0	1,0	5,0
2.	ogólna ocena własnego zdrowia	3,23	0,705	3,06	3,40	3,0	2,0	5,0
3.	ból i dyskomfort	3,96	0,770	3,77	4,14	4,0	2,0	5,0
4.	zależność od leków i leczenia	3,77	0,820	3,58	3,97	4,0	1,0	5,0
10.	energia i zmęczenie	3,31	0,971	3,08	3,55	3,0	2,0	5,0
15.	mobilność	3,77	0,871	3,56	3,98	4,0	2,0	5,0
16.	wypoczynek i sen	3,10	0,871	2,89	3,31	3,0	1,0	5,0
17.	czynności życia codziennego	3,23	0,871	3,02	3,44	3,0	1,0	5,0
18.	zdolność do pracy	3,10	0,919	2,88	3,32	3,0	2,0	5,0

nej statystycznie średniej korelacji z wynikami bólu i dyskomfortu, zależności od leków i leczenia oraz mobilności. Najwyższe wyniki w dziedzinie fizycznej uzyskali badani w wieku 60–69 lat, najniższe – powyżej 70. roku życia. Respondenci z tej grupy uzyskali najwyższe wyniki we wszystkich podskalach z wyjątkiem zależności od leków i leczenia oraz mobilności, gdzie największą liczbę punktów uzyskali badani w wieku do 60 lat. Wyższe wyniki w dziedzinie fizycznej prezentują mężczyźni, mieszkańcy miasta, z wykształceniem średnim lub wyższym, zamężne, żonaci, mający dzieci, przynależący do Klubu Laryngektomowanych. Najwięcej osób oceniło pozytywnie dziedzinę psychologiczną (34,3%). Średnia ocena tej dziedziny wynosiła 52,66 punktu. Najwyższe wyniki w dziedzinie psychologicznej (tab. 3.) uzyskali badani w podskali *negatywne uczucia* (średnia 3,7) oraz *wygląd zewnętrzny* (średnia 3,34). Najniższe w *pozytywnych uczuciach* (średnia 2,81) oraz *myślenie, uczenie się* (średnia 2,64). Najwyższe wyniki prezentowali badani w wieku 60–69 lat. W dziedzinie psychologicznej nieznacznie wyższe wyniki prezentują mężczyźni, mieszkańcy miasta, z wykształceniem średnim lub wyższym, zamężne, żonaci, mający dzieci, przynależący do Klubu Laryngektomowanych. Ogólnie dziedzinę socjalną większość badanych oceniła pozytywnie (52,9%). Średnia ocena dziedziny socjalnej była pozytywna i wyniosła 63,29 punktu (na granicy wyniku przeciętnego). Najwyższe wyniki w dziedzinie socjalnej (tab. 4.) uzy-

skąta ocena wsparcia społecznego (średnia 4,7), najniższe – aktywność seksualna (średnia 3,4). Tylko związki osobiste pozostawały w istotnej statystycznie, średniej korelacji z wiekiem. Najwyższe wyniki dziedziny socjalnej prezentują badani w wieku 60–69 lat, najniższe w wieku 70 lat i starsi, również we wszystkich podskalach. Wyższe wyniki w dziedzinie socjalnej prezentują mężczyźni, mieszkańcy miasta, z wykształceniem średnim lub wyższym, zamężne, żonaci, mający dzieci, przynależący do Klubu Laryngektomowanych. Dziedzinę środowiskową pozytywnie ocenia połowa badanych (50%). Średnia ocena tej dziedziny wyniosła 58,89 punktu i jest to wynik przeciętny. Najwyższe oceny dziedziny środowiskowej (tab. 5.) uzyskano w odniesieniu do transportu (średnia 3,57) oraz środowiska domowego (średnia 3,76), najniższe co do zasobów finansowych (średnia 2,99) oraz wolności, bezpieczeństwa psychicznego 2,27 i fizycznego (średnia 2,86). Najwyższe wyniki w dziedzinie środowiskowej prezentują badani w wieku 60–69 lat, mężczyźni, mieszkańcy miasta, z wykształceniem średnim lub wyższym, zamężne, żonaci, mający dzieci, przynależący do Klubu Laryngektomowanych. Podsumowując – najwyżej oceniono dziedzinę socjalną, następnie dziedzinę fizyczną, środowiskową i najniżej psychologiczną.

Wyniki akceptacji choroby (AKC) pozostawały w istotnej statystycznie, średniej korelacji (na pograniczu korelacji wysokiej) z wynikami jakości życia, zadowolenia ze

Tabela 3. Średnia z pytań oceny stanów – dziedzina psychologiczna

Pytanie	Dziedzina somatyczna	Średnia	SD	Ufność –95%	Ufność +95%	Mediana	Min.	Maks.
1.	ogólna percepcja jakości życia	3,31	0,733	3,14	3,49	3,0	1,0	5,0
2.	ogólna percepcja własnego zdrowia	3,23	0,705	3,06	3,40	3,0	2,0	5,0
5.	pozytywne uczucia	2,81	0,856	2,61	3,02	3,0	1,0	5,0
6.	duchowość/religia/osobista wiara	2,83	0,868	2,62	3,04	3,0	1,0	5,0
7.	myślenie/uczenie się/pamięć/koncentracja	2,64	0,799	2,45	2,83	3,0	1,0	4,0
11.	wygląd zewnętrzny	3,34	1,006	3,10	3,58	3,0	1,0	5,0
19.	samoocena	3,34	0,814	3,15	3,54	3,0	2,0	5,0
26.	negatywne uczucia	3,70	0,729	3,53	3,87	4,0	1,0	5,0

Tabela 4. Średnia z pytań oceny stanów – dziedzina socjalna

Pytanie	Dziedzina socjalna	Średnia	SD	Ufność –95%	Ufność +95%	Mediana	Min.	Maks.
1.	ogólna ocena jakości życia	3,31	0,733	3,14	3,49	3,0	1,0	5,0.
2.	ogólna ocena własnego zdrowia	3,23	0,705	3,06	3,40	3,0	2,0	5,0
20.	związki osobiste	3,51	0,794	3,32	3,70	4,0	2,0	5,0
21.	aktywność seksualna	3,40	0,730	3,23	3,57	3,0	2,0	5,0
22.	wsparcie społeczne	3,70	0,768	3,52	3,88	4,0	2,0	5,0

Tabela 5. Średnia z pytań oceny stanów – dziedzina środowiskowa

Pytanie	Dziedzina socjalna	Średnia	SD	Ufność –95%	Ufność +95%	Mediana	Min.	Maks.
1	ogólna percepcja jakości życia	3,31	0,733	3,14	3,49	3,0	1,0	5,0
2	ogólna percepcja własnego zdrowia	3,23	0,705	3,06	3,40	3,0	2,0	5,0
8	wolność / bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne	2,86	0,748	2,68	3,04	3,0	2,0	4,0
9	środowisko fizyczne (zanieczyszczenie, hałas, ruch uliczny, klimat)	3,10	0,515	2,98	3,22	3,0	2,0	4,0
12	zasoby finansowe	2,99	0,909	2,77	3,20	3,0	2,0	5,0
13	możliwości zdobywania nowych informacji i umiejętności	3,51	1,100	3,25	3,78	3,5	2,0	5,0
14	możliwości i uczestnictwo w rekreacji i wypoczynku	3,30	0,983	3,07	3,53	3,0	2,0	5,0
23	środowisko domowe	3,76	0,751	3,58	3,94	4,0	2,0	5,0
24	zdrowie i opieka zdrowotna: dostępność i jakość	3,30	0,906	3,08	3,52	3,0	1,0	5,0
25	transport	3,57	0,861	3,37	3,78	4,0	2,0	5,0

zdrowia oraz dziedzin: fizycznej, psychologicznej, socjalnej i środowiskowej (tab. 6.). Wraz ze wzrostem akceptacji choroby wzrasta ocena jakości życia oraz własnego zdrowia.

Omówienie

Badania przeprowadzono w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 w Bydgoszczy wśród 70 osób po zabiegu całkowitego usunięcia krtani. Na podstawie analizy zebranego materiału można stwierdzić, że wśród respondentów dominowali mężczyźni, średnia wieku wynosiła 64 lata, przeważali badani z wykształceniem podstawowym lub zawodowym, żonaci. Badani przed zabiegiem deklarowali niehigieniczny styl życia, palenie papierosów, spożywanie alkoholu w dużych ilościach i szkodliwe warunki pracy. Na podstawie analizy badań można wnioskować, że pacjenci po zabiegu całkowitego usunięcia krtani mogą liczyć na rodzinę i najbliższych. Pomoc rodziny w podjęciu decyzji o zabiegu świadczy, że chory nie pozostaje sam z tym problemem, pozytywna reakcja otoczenia na operację dobrze wpływa na akceptację choroby i napawa optymizmem związanym z jakością życia chorego. Ważne jest, aby chory nie pozostał sam ze swoimi problemami zdrowotnymi, osobistymi, społecznymi. Należy pamiętać, że nie tylko akceptacja choroby przez pacjenta, lecz także akceptacja środowiska wpływa na jakość życia, walkę chorego o jak najwyższą jakość w każdej sferze życia. Na podstawie analizy wyników uzyskanych w kwestionariuszu AIS można stwierdzić, że im wyższa akceptacja choroby, tym lepsza jakość życia w każdej sferze. Średnia akceptacja choroby w grupie wyniosła 24,7 punktu, co świad-

Tabela 6. Korelacje akceptacji choroby (AKC) i jakości życia

Pozycja	N	R	t(N-2)	Poziom p
jakość życia	70	0,6130	6,3977	0,0001
zadowolenie ze zdrowia	70	0,5683	5,6959	0,0001
dziedzina fizyczna	70	0,6130	6,3977	0,0001
dziedzina psychologiczna	70	0,5683	5,6959	0,0001
dziedzina socjalna	70	0,6130	6,3977	0,0001
dziedzina środowiskowa	70	0,5683	5,6959	0,0001

czy o przeciętnej akceptacji choroby. Odchylenie standardowe powyżej 32% wartości średniej świadczy o bardzo dużym zróżnicowaniu wyników AIS. Zdecydowaną akceptację choroby deklarował niespełna co trzeci badany (30%) – były to osoby, które uzyskały 30 i więcej punktów, przeciętną akceptację choroby deklaruje 41,4% osób – uzyskały one 19–29 punktów, pozostali pacjenci nie akceptowali choroby. Najwyższy stopień akceptacji choroby deklarowali mężczyźni w wieku do 60. roku życia, żonaci, z wykształceniem średnim lub wyższym, zamieszkujący w mieście, posiadający dzieci. Nie bez znaczenia dla akceptacji choroby była przynależność do Klubu Laryngektomowanych. Członkostwo w klubie zwiększało akceptację choroby. Najniższy wynik akceptacji choroby uzyskano u badanych po 70. roku życia, z wykształceniem podstawowym lub zawodowym, zamieszkujących na wsi, deklarujących bezdzietność lub osoby owdowiałe. Różnice w akceptacji choroby przez badanych można tłu-

maczyć tym, że osoby z wyższym wykształceniem mają lepszą wiedzę na temat choroby, postępowania z nią w trakcie leczenia, większy dostęp do nowatorskich metod rehabilitacji oraz wsparcie w rodzinie i znajomych. Przynależność do klubu umożliwia kontakt z innymi chorymi, korzystanie z turnusów rehabilitacyjnych, spotkań towarzyskich, okazjonalnych. Osoby z najniższą akceptacją to badani pozostawieni sami sobie, nieposiadający informacji na temat choroby, zmagający się z trudnościami dnia codziennego oraz obciążeni dodatkowymi schorzeniami. Jak pokazują badania przeprowadzone przez Niedzielskiego i wsp. [6] w grupie osób z chorobami przewlekłymi, takimi jak cukrzyca, astma, choroba niedokrwienna serca oraz przewlekła niewydolność nerek, można stwierdzić, że poziom akceptacji choroby w wypadku wymienionych schorzeń był podobny. Zasadnicza różnica w akceptacji choroby wiązała się z płcią osób badanych – wyższą akceptację w badaniach własnych prezentowali mężczyźni. Biorąc pod uwagę zamieszkanie, lepsze przystosowanie do choroby można zaobserwować u osób zamieszkujących w miastach. Jest to związane z lepszym dostępem do leczenia, a także z pozycją chorego w jego środowisku. Nie bez znaczenia był wiek chorego – osoby przed 55. rokiem życia wykazywały wyższą akceptację choroby. W pracy tej uzyskano podobne wyniki jak w badaniach własnych. W badaniu Wiraszka i wsp. [7] wykazano niską akceptację choroby, co wiązało się z rokowaniem w wypadku białaczki, gdzie częstość remisji choroby była odwrotnie proporcjonalna do wieku. Inny problem dotyczący akceptacji choroby wiązał się z ograniczeniami spowodowanymi chorobą, brakiem samodzielności i nadziei na pełną samowystarczalność. W niniejszych badaniach te czynniki nie wpłynęły na poziom akceptacji. W artykule „Profil psychologiczny pacjentów z jaskrą pierwotną” [8] autorzy wskazali, że najniższy poziom akceptacji choroby występował u osób powyżej 70. roku życia, przystosowanie do niej zależało również od wykształcenia, aktywności zawodowej oraz zaawansowania neuropatii. Spójnym czynnikiem akceptacji choroby zarówno w niniejszej pracy, jak i w wymienionym artykule był wiek badanych. Z artykułu Kaczmarczyk [9] wynika, że pozytywnie na poziom akceptacji choroby wśród osób starszych wpływa pomoc ze strony rodziny, przyjaciół, w przeciwieństwie do osób samotnych, które nie akceptują choroby, co potwierdzono również w niniejszych badaniach. Analizując jakość życia i stan zdrowia pacjentów po całkowitym usunięciu krtni, można stwierdzić, że ankietowani ocenili jakość życia i stan zdrowia *ani dobrze, ani źle*. Jakość życia jako dobrą oceniło 37,1% badanych, stan zdrowia jako dobry deklarowało 34,3% respondentów. Jedynie 10% osób negatywnie oceniło jakość życia, a najniżej stan zdrowia oceniło 14,3% badanych. Najwyższą jakość życia i stan zdrowia deklarowały osoby w wieku 60–69 lat, z wykształceniem średnim lub wyższym, zamieszkujące w mieście, mające rodzinę i przynależące do Klubu Laryngektomowanych. Występuje równowaga w ocenie akceptacji

choroby i ocenie jakości życia i stanu zdrowia wśród chorych o najwyższych wartościach. Podobnie jak w ocenie akceptacji choroby, najmniejszą liczbę punktów otrzymały osoby powyżej 70. roku życia, samotne, zamieszkujące na wsi, nienależące do Klubu Laryngektomowanych, były to ci sami chorzy, którzy najniżej ocenili swoją jakość życia i stan zdrowia. Wspólna negatywna ocena akceptacji choroby i jakości życia może świadczyć o tym, że ci chorzy byli pozbawieni możliwości kontaktów z bliskimi, skazani są tylko na siebie i dodatkowo obciążeni innymi schorzeniami, czuli się niepotrzebni i bezradni. Podsumowując, można stwierdzić, że na jakość życia i akceptację choroby mają wpływ wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, stan cywilny, płeć oraz przynależność do Klubu Laryngektomowanych. Próbę oceny jakości życia podjęli Marciniak i wsp. [10], którzy badali chorych po krwotoku podpajęczynówkowym. Duży wpływ na jakość życia u badanych miały relacje społeczne oraz wsparcie rodziny (77,3%). Nie bez znaczenia była także strona fizyczna i psychiczna. Składowe strony fizycznej, tzn. zdolność do pracy, prowadzenie normalnego życia, ocena snu, określono jako przeciętne. Ból i zależność od leczenia miały największy wpływ na jakość życia u badanych. Połowa kobiet deklarowała występowanie nieprzyjemnych odczuć, takich jak smutek, lęk czy przygnębienie. Autorzy wnioskują, że jakość życia tych chorych uzależniona będzie od powrotu do pełnej sprawności fizycznej i psychicznej, co może różnie długo trwać. Mess i wsp. [11] wykazali, że u chorych onkologicznie na ocenę jakości życia największy wpływ mają ból, wydolność fizyczna, sprawność, co wiąże się ze zdolnością do samoobsługi, oraz stan psychiczny. W czasie pobytu chorych na oddziale znacznie obniżyła się sprawność fizyczna. Inny czynnik, który znacząco wpłynął u tych badanych na jakość życia, to ból – aż 50% pacjentów uskarżało się na silny lub bardzo silny ból w chwili przyjęcia, co może świadczyć o złym postępowaniu przeciwbólowym. Kolejne ciekawe badania nad jakością życia przeprowadzili Marcinkiewicz i wsp. [12] w grupie kobiet po chirurgicznym zabiegu usunięcia jajników, a następnie poddanych chemioterapii. Na podstawie analizy badań można stwierdzić, że ogromny wpływ na jakość życia miały: kontakt z rodziną, personelem, występowanie objawów somatycznych w trakcie leczenia oraz po leczeniu, sprawność fizyczna, stan psychiczny, akceptacja choroby, utrata atrakcyjności we własnych oczach. Akceptację choroby i pogodzenie się ze swoim stanem zdrowia wyrażało 48% badanych, co wiąże się jednocześnie z nadzieją na lepszą jakość życia. W przeprowadzonych badaniach chorzy po zabiegu całkowitego usunięcia krtni akceptują chorobę w stopniu przeciętnym. Zaakceptowali swoją inność, zrozumieli zgubne skutki palenia papierosów i picia alkoholu. Nie izolują się od społeczeństwa i najbliższych, co daje poczucie bezpieczeństwa i zaspokaja potrzebę czucia się potrzebnymi i użytecznymi. Dobre relacje z rodziną pomagają przetrwać trudy leczenia i polepszają jakość życia. Choroba nowotworowa i zwią-

zane z nią leczenie pogarszają jakość życia, zwłaszcza w momencie diagnozy. Należy pamiętać, że stopień akceptacji i jakość życia chorego zależy nie tylko od samego chorego, lecz także od nas, od tego, jak chory zostanie przyjęty i czy będzie akceptowany ze swoim kalectwem. Wartość człowieka to nie tylko jego wygląd zewnętrzny, lecz także jego wnętrze – a ono może być bogate.

Wnioski

1. Osoby po laryngektomii różnią się między sobą stopniem akceptacji choroby. Wynik badanych wynoszący 24,7 punktu świadczy o przeciętnym poziomie przystosowania się do choroby.
2. Najwyższą akceptację choroby we wszystkich pozycjach skali uzyskali badani w wieku do 60. roku życia, z wykształceniem wyższym lub średnim, mieszkające w aglomeracji miejskiej, żonaci, zamężne, z potomstwem, należący do Klubu Laryngektomowanych.
3. Jakość życia oraz zadowolenie ze stanu zdrowia były przeciętne (3,31 punktu), nieco niżej oceniono zadowolenie ze zdrowia (średnia 3,23 punktu).
4. Wraz ze wzrostem akceptacji choroby poprawia się ocena własnego zdrowia i wyniki jakości życia w poszczególnych dziedzinach.

Piśmiennictwo

1. Chrobak M. Ocena jakości życia zależnej od stanu zdrowia. *Problemy Pielęgniarstwa* 2009; 17: 123-127.
2. Betlejewski S. Pacjent po operacji krtani. *Bydgoskie Stowarzyszenie Laryngektomowanych*, Bydgoszcz 2009; 39-44: 121-130.
3. Okła S. Chirurgiczna rehabilitacja głosu po całkowitej laryngektomii. *Wydawnictwo Lekarskie PZWL*, Warszawa 2007; 4-8.
4. Wołowicka L. Jakość życia w naukach medycznych. *Dział Wydawnictw Uczelnianych AM w Poznaniu*, Poznań 2001; 3-28.
5. Juczyński Z. Zachowania zdrowotne i wartościowanie zdrowia. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2001; 116-121.
6. Niedzielski A, Humeniuk E, Błaziak P, Fedoruk D. Stopień akceptacji choroby w wybranych chorobach przewlekłych. *Wiadomości Lekarskie* 2007; 60: 5-6.
7. Wiraszka G, Lelonek B. Funkcjonowanie chorego z białaczką a akceptacja choroby nowotworowej. *Studia Medyczne* 2009; 10: 21-26.
8. Bator-Hill A, Niżankowska M, Kuczyńska A. Profil psychologiczny pacjentów z jaskrą pierwotną. *Magazyn Lekarza Okulisty* 2008; 4: 1-4.
9. Kaczmarczyk M. Poziom akceptacji choroby osób starszych w różnych środowiskach. *Studia Medyczne* 2008; 12: 29-33.
10. Marciński M, Ślusarz R, Zreda A, Beuth W. Jakość życia chorych po krwotoku podpajęczynówkowym. *Studenckie Koło Naukowe Zakładu Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK w Toruniu*. Toruń 2000; 1-45.
11. Mess E, Szmyd K, Wójcik D, Kempieńska E. Jakość życia pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej. *Onkologia Polska* 2005; 8: 158-161.
12. Marcinkiewicz J, Knihinicka-Mercik Z, Heimrath J, Mess E. Jakość życia kobiet z nowotworami jajników poddanych chemioterapii. *Onkol Pol* 2006; 9: 149-153.