

Związek siły wiary religijnej i duchowości ze stopniem akceptacji choroby w grupie pacjentów objętych domową opieką paliatywną. Część 1. Stopień akceptacji choroby i jego uwarunkowania

The relationship between the strength of religious faith and spirituality and the level of acceptance of illness in a group of patients under home hospice care. Part 1. The level of acceptance of the disease and its determinants

Grzegorz Józef Nowicki¹, Renata Ziótek², Alina Deluga¹, Agnieszka Barbara Bartoszek¹, Zdzisława Cecylia Szadowska-Szlachetka³, Barbara Janina Ślusarska¹

¹Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

²Absolwentka, Wydział Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu Wyższej Szkoły Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim

³Zakład Onkologii, Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Streszczenie

Wstęp: Idea opieki paliatywno-hospicyjnej uformowała się w duchu katolickiego miłosierdzia i wpisuje się w pragnienie pomagania umierającym. Celem pracy było poznanie stopnia akceptacji choroby i wybranych jego uwarunkowań (płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, stan cywilny, liczba osób mieszkających z pacjentem we wspólnym gospodarstwie domowym, długość pozostawania pod domową opieką hospicyjną i stosunek do wiary) w grupie pacjentów objętych domową opieką hospicyjną.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono w grupie pacjentów objętych domową opieką hospicyjną w ramach Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (NZOZ) w Radomiu, Białobrzegach, Zwoleniu, Lipsku oraz Krzyżanowicach. Pacjenci wypełniali ankiety w grudniu 2019 r. i styczniu 2020 r. Badaniami objęto 106 osób. W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, a narzędziem badawczym był kwestionariusz pytań własnych oraz Skala Akceptacji Choroby.

Wyniki: Badani uzyskali średni stopień akceptacji choroby – 25,42 pkt. Wiek, wykształcenie, stan cywilny, liczba osób mieszkających razem z pacjentem we wspólnym gospodarstwie domowym, czas objęcia domową opieką hospicyjną oraz deklarowany stosunek do wiary istotnie różnicują stopień akceptacji choroby w badanej grupie ($p > 0,05$).

Wnioski: Badani charakteryzują się średnim stopniem akceptacji choroby. Istotnie wyższy stopień akceptacji choroby zaobserwowano u respondentów w starszym wieku, legitymujących się wykształceniem średnim i wyższym, pozostających w związku małżeńskim, mieszkających z większą liczbą osób w jednym gospodarstwie domowym, objętych 6–7 miesięcy domową opieką hospicyjną oraz opisujących siebie jako osoby wierzące i głęboko wierzące. Płeć i miejsce zamieszkania nie różnicował istotnie badanej grupy w zakresie stopnia akceptacji choroby.

Słowa kluczowe: akceptacja choroby, opieka hospicyjna, zmienne socjodemograficzne.

Abstract

Introduction: The aim was to investigate the degree of acceptance of the disease and the selected conditions of acceptance among patients under home hospice care.

Material and methods: The study was conducted in a group of patients covered by home hospice care by the Private Health Care Center (NZOZ) in Radom in the period from December 2019 to January 2020. The study involved 106 people. The research used the diagnostic survey method, and the research tool was an original questionnaire combined with the Disease Acceptance Scale.

Results: The respondents obtained an average level of disease acceptance of 25.42 points. Age, education, marital status, the number of people living together with the patient in a shared household, the time of taking home hospice care, and the declared attitude to faith significantly differentiate the level of acceptance of the disease in the studied group ($p > 0.05$).

Conclusions: The respondents show an average level of disease acceptance. A significantly higher level of disease acceptance was observed in older respondents with secondary and higher education, married, living with a more significant number of people in one household, covered by 6 to 7 months of home hospice care, and describing themselves as believers and deeply believing. Gender and place of residence did not significantly differentiate the study group in the level of disease acceptance.

Key words: acceptance of illness, palliative care, sociodemographic variables.

Adres do korespondencji

dr n. o zdrowiu, mgr pielęgniarstwa Grzegorz Józef Nowicki, Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, ul. Staszica 4-6, 20-081 Lublin, e-mail: grzesiek_nowicki@interia.pl

WSTĘP

Idea opieki paliatywno-hospicyjnej uformowała się w duchu katolickiego miłosierdzia i wpisuje się w pragnienie pomagania umierającym. Chodzi tu nie tylko o działania medyczne, łagodzące cierpienie chorego w schyłkowym stadium śmiertelnej choroby, lecz także otoczenie go opieką lekarską, pielęgniarzką, psychologiczną i duchową. Jest to zadanie bardzo złożone, realizowane przez wielodyscyplinarny zespół, którego celem jest zapewnienie choremu będącym u kresu dni godnego życia do końca [1]. Główną ideą opieki paliatywnej i hospicyjnej jest dbałość o jakość życia pacjentów dotkniętych nieuleczalną chorobą. Koncepcja opieki paliatywnej sprowadza się do łagodzenia dolegliwości bólowych i objawów somatycznych, całościowego wsparcia i otaczania troską najbliższych chorego. Opieka paliatywna i hospicyjna działa w oparciu o następujące zasady: dbałość o jakość życia, akceptacja choroby i cierpienia, holistyczny i wielopłaszczyznowy charakter opieki, otoczenie opieką najbliższych chorego, zasada równego dostępu do opieki oraz wysoka jakość świadczonych usług leczniczo-opiekuńczych.

Podstawą działalności opieki hospicyjnej jest wysoko wyspecjalizowany zespół, w skład którego wchodzi opiekunowie formalni i nieformalni. Integralną częścią zespołu jest sam chory i jego rodzina. Prawidłowe działanie zespołu wielodyscyplinarnego wyznaczają przyjęte w opiece paliatywnej zasady: dobry wzajemny kontakt, stała obserwacja objawów, całodobowy dostęp do opieki, podnoszenie kwalifikacji, wsparcie i opieka nad umierającym pacjentem przy poszanowaniu jego godności i intymności. W opiece paliatywnej bardzo ważna jest kwestia podmiotowości chorego. Deficyty w opiece mogą źle wpływać na jakość i komfort życia chorego, a także jego rodziny. Równie ważny jest tu zarówno komfort fizyczny, jak i psychiczny. Należy unikać zaniedbań w opiece i nieprawidłowości w komunikacji, które mogłyby przysporzyć dodatkowego cierpienia choremu i jego rodzinie [2].

Mimo że opieką hospicyjną objęci są chorzy będący u schyłku życia, to głównym celem sprawowanej opieki jest pochwała życia i uznanie śmierci za naturalny element naszej egzystencji, który jednak w miarę dostępnych możliwości powinien być wolny od bólu, lęku i cierpienia. Opieka hospicyjna staje się miejscem, w którym umierający człowiek ma zapewnioną opiekę, miłość i poszanowanie godności do samego końca jego życia [3].

Opieka paliatywna obejmuje pacjentów z różnymi, długo trwającymi, nieuleczalnymi chorobami, najczęściej onkologicznymi. Może być połączona z leczeniem lub też prowadzona niezależnie [3]. Pacjenci objęci opieką hospicyjną to osoby z diagnozą o niepomyślnym rokowaniu oraz z deficytem w zakresie sprawności funkcjonalnej, co powoduje, że w tej grupie pacjentów rodzi się wiele negatywnych emocji, takich jak gniew, niepokój, lęk i poczucie zagrożenia. Czynniki te mają duży wpływ na dobrostan psychiczny i fizyczny, co w konsekwencji wpływa na to, czy pacjent przystosuje się czy nie do zaistniałego stanu i go zaakceptuje [4, 5].

Akceptacja choroby oznacza emocjonalny wyznacznik sposobu funkcjonowania i przystosowania pacjenta do choroby. Stan akceptacji cechuje niewielkie nasilenie emocji i reakcji negatywnych, które związane są z obecnym schorzeniem. Pacjent akceptujący to taki, który na chorobę reaguje znacznie łagodniej, ponieważ rozpoznaje i rozumie ograniczenia oraz straty, które z danej choroby wynikają [6]. Droga do osiągnięcia akceptacji choroby jest trudna i wieloetapowa. Ważne jest jednak, by w miarę możliwości pacjent był świadomy przeżywanego przez siebie emocji, by rozważał szczególnie istotne kwestie i próbował przewartościować swoje cele, ponieważ to właśnie akceptacja choroby ma wpływ na subiektywnie odczuwaną jakość życia [7].

Akceptacja choroby nie jest cechą stałą i może zmieniać się w zależności od pogarszających się warunków fizycznych, społecznych czy psychicznych. Z postępem choroby pacjenci stają się coraz mniej samowystarczalni, częściej zdani na pomoc innych,

co może mieć negatywne konsekwencje w ich obrazie samego siebie [8]. U pacjentów chorych terminalnie ciężko mówić o obszarach pozytywnych zmian stymulowanych chorobą, ale na ostatnich etapach życia choroba staje się czasami motywem porządkowania swoich spraw, przewartościowań, naprawy relacji i zmian w światopoglądzie [9].

CEL PRACY

Celem pracy było poznanie stopnia akceptacji choroby i wybranych jego uwarunkowań w grupie pacjentów objętych domową opieką hospicyjną. Wyodrębniono następujące problemy szczegółowe:

- 1) Jaki jest stopień akceptacji choroby w badanej grupie pacjentów objętych domową opieką hospicyjną?
- 2) Czy takie zmienne, jak płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, stan cywilny, liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym, czas objęcia domową opieką hospicyjną oraz stosunek do wiary determinują stopień akceptacji choroby?

MATERIAŁ I METODY

W badaniach wzięło udział 106 pacjentów objętych domową opieką hospicyjną przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radomiu. Badania prowadzono w grudniu 2019 r. i styczniu 2020 r. na terenie miejscowości: Radom, Białobrzegi, Zwolen, Lipsk oraz Krzyżanowice. Kryteria włączenia do badań obejmowały: wyrażenie świadomej zgody na udział w badaniu, stan umysłowy pozwalający na uczestnictwo w badaniu oraz objęcie pacjenta domową opieką hospicyjną. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. Każdy pacjent został poinformowany o celu badań oraz mógł odstąpić od uczestnictwa w badaniu na każdym etapie bez podania przyczyny. Procedura badawcza była zgodna z zasadami Deklaracji helsińskiej i została zatwierdzona przez Komisję Bioetyczną przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie (Nr KE-0254/128/2018).

Do oceny stopnia akceptacji choroby wykorzystano Skalę Akceptacji Choroby (AIS). Skala ta została przystosowana do warunków polskich przez Zygryda Juczyńskiego i służy do pomiaru stopnia akceptacji własnej choroby. Składa się z 8 twierdzeń, które określają różnorodne problemy związane z chorobą. Wszystkie twierdzenia są ułożone w pięciostopniowej skali (od 1 do 5). Zadaniem badanego jest odniesienie się do danego stwierdzenia i zakreślenie cyfry, która najlepiej odzwierciedla stan chorego: 1 oznacza wyrażenie zdecydowanej zgody z twierdzeniem, 3 – umiarkowaną aprobatę, 5 – całkowitą negację twierdzenia. Miarą akceptacji choroby jest suma uzyskanych punktów i mieści

się w przedziale 8–40 punktów. Im mniej punktów, tym gorsza akceptacja choroby, a im więcej – tym akceptacja wyższa. Wskaźnik zgodności wewnętrznej α Cronbacha wynosi 0,85, stałość wyniku 0,64, co stanowi zadowalający wskaźnik rzetelności [10].

Kwestionariusz ankiety zakończony był metryczką, w której oceniano dane socjodemograficzne badanych oraz zmienne związane z chorobą i środowiskiem zamieszkania pacjenta. Pytano o: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, stan cywilny, liczbę osób mieszkających we wspólnym gospodarstwie domowym, czas objęcia domową opieką hospicyjną, wyznanie i stosunek do wiary.

Analiza statystyczna

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono za pomocą wartości średniej, mediany, dolnego i górnego kwartyła, wartości minimalnych i maksymalnych oraz odchylenia standardowego, a dla niemierzalnych z użyciem licznosci i odsetka. Sprawdzenie normalności rozkładu zmiennych w badanych grupach wykonano za pomocą testu normalności Shapiro-Wilka. Do zbadania różnic pomiędzy dwiema grupami zastosowano test *U* Manna-Whitneya. Ocenę różnic pomiędzy trzema grupami wykonano za pomocą analizy wariancji ANOVA (wraz z testem post-hoc RIR Tukeya), a w przypadku niespełnienia warunków do jej zastosowania testu Kruskala-Wallisa. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe Statistica 9.1 (StatSoft, Polska).

WYNIKI

Charakterystyka badanej grupy pacjentów objętych domową opieką hospicyjną

Większość badanych stanowiły kobiety (52,83%). Średnia wieku ankietowanych wynosiła 73,1 roku (SD = 5,5), najmłodszy respondent był w wieku 56 lat, a najstarszy w wieku 83 lat. W większości respondenci mieszkali w rejonach wiejskich (65,09%) oraz legitymowali się wykształceniem średnim (37,74%). Wśród badanych najwięcej było osób pozostających w związku małżeńskim (50,94%) lub wdów/wdowców (42,45%). We wspólnym gospodarstwie domowym z respondentem najczęściej mieszkało od 2 do 3 osób (55,66%) lub jeszcze jedna osoba (30,19%). Wszyscy badani określili swoje wyznanie jako rzymskokatolickie, przy czym 62,27% ankietowanych przyznało, że jest osobą wierzącą, a 28,3% stwierdziło, że jest osobą głęboko wierzącą. Średni czas po-

zostawiania pod domową opieką hospicyjną wynosił 6,4 miesiąca (SD = 2,4), z czego najkrótszy czas to 1 miesiąc, a najdłuższy 11 miesięcy. Szczegółowe dane socjodemograficzne przedstawiono w tabeli 1.

Stopień akceptacji choroby i jego uwarunkowania w badanej grupie

Analiza uzyskanych wyników punktowych w zakresie stopnia akceptacji choroby wskazuje, że średni stopień akceptacji choroby w badanej grupie pacjentów objętych domową opieką hospicyjną wynosił 25,42 pkt (SD = 6,43), przy wartości przeciętnej wynoszącej 26,5, i należy go interpretować jako wynik średni. Ponadto, wąski przedział kwartylowy, pomiędzy 23 a 29, wskazuje, że połowa ankietowanych osiągnęła wynik między 23 a 29 pkt, co wskazuje na średni stopień akceptacji choroby.

Analiza statystyczna wykazała, że takie zmienne, jak wiek, wykształcenie, stan cywilny, liczba osób w gospodarstwie domowym, czas objęcia opieką przez hospicjum domowe oraz stosunek do wiary, istotnie różnicują stopień akceptacji choroby. Natomiast zmienne: płeć i miejsce zamieszkania, nie wpływają istotnie na stopień akceptacji choroby. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 2.

Wyniki przeprowadzonej analizy wskazują, że pacjenci objęci domową opieką hospicyjną w wieku ≤ 70 lat ($M = 20,29$; $SD = 6,57$) wykazują się niższym stopniem akceptacji choroby w porównaniu z badanymi w wieku 71–75 lat ($M = 26,24$; $SD = 5,76$) i badanymi w wieku ≥ 76 lat ($M = 28,2$; $SD = 4,77$) ($p < 0,001$).

Kolejną zmienną istotnie wpływającą na stopień akceptacji choroby było wykształcenie ($p = 0,012$). Ankietowani legitymujący się wykształceniem podstawowym i zawodowym ($M = 24,16$; $SD = 5,74$) mieli istotnie niższy stopień akceptacji choroby niż osoby, które legitymowały się wykształceniem średnim i wyższym ($M = 26,84$; $SD = 6,92$).

Analiza statystyczna wykazała, że badani pozostający w związku małżeńskim ($M = 28,33$; $SD = 5,56$) charakteryzowali się istotnie wyższym stopniem akceptacji choroby w porównaniu z osobami niebędącymi w związkach ($M = 22,4$; $SD = 5,9$) ($p < 0,001$).

Zmienną istotnie wpływającą na stopień akceptacji choroby w badanej populacji osób objętych domową opieką hospicyjną była liczba osób pozostających z pacjentem we wspólnym gospodarstwie domowym ($p < 0,001$). Badani, u których w gospodarstwie domowym oprócz nich pozostawało jeszcze od 2 do 3 osób ($M = 26,68$; $SD = 6,19$) oraz 4 i więcej osób ($M = 27,93$; $SD = 6,11$), mieli istotnie wyższy stopień akceptacji choroby niż ankietowani mieszkający jeszcze z jedną osobą ($M = 21,94$; $SD = 5,75$).

Czas objęcia domową opieką hospicyjną istotnie wpływał na stopień akceptacji choroby w badanej

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna badanych

Zmienna		n	%
Płeć	kobieta	56	52,83
	mężczyzna	50	47,17
Wiek	≤ 70 lat	28	26,41
	71–75 lat	37	34,91
	≥ 76 lat	41	38,68
	$M \pm SD$	73,1 \pm 5,5	
	Me (Q1–Q3)	74 (70–77)	
	min.–max.	56–83	
Miejsce zamieszkania	miasto	37	34,91
	wieś	69	65,09
Wykształcenie	podstawowe	17	16,04
	zawodowe	39	36,79
	średnie	40	37,74
	wyższe	10	9,43
Stan cywilny	zamężna/żonaty	54	50,94
	w wolnym związku	0	0,00
	wdowa/wdowiec	45	42,45
	w separacji	0	0,00
	rozwidzona/ny	2	1,89
	wolna/ny	5	4,72
Liczba osób w gospodarstwie domowym	1 osoba	32	30,19
	2–3 osoby	59	55,66
	4–5 osób	15	14,15
	≥ 6 osób	0	0,00
Stosunek do wiary*	niewierząca	1	0,94
	obojętna religijnie	9	8,49
	wierząca	66	62,27
	głęboko wierząca	30	28,30
Długość pozostawania pod domową opieką hospicyjną	≤ 5 miesięcy	31	29,25
	6–7 miesięcy	38	35,85
	≥ 8 miesięcy	37	34,90
	$M \pm SD$	6,4 \pm 2,4	
	Me (Q1–Q3)	7 (5–8)	
	min.–max.	1–11	

*Wszyscy badani, którzy określili się jako wierzący, wskazali wyznanie rzymskokatolickie
n – liczba osób, M – średnia, Me – mediana, Q1 – dolny kwartyl, Q3 – górny kwartyl, SD – odchylenie

grupie ($p < 0,001$). Respondenci, którzy byli objęci opieką w ramach domowej opieki hospicyjnej ≤ 5 miesięcy ($M = 19,32$; $SD = 5,99$) uzyskali istotnie niższy stopień akceptacji choroby niż ankietowani objęci opieką 6–7 miesięcy ($M = 28,89$; $SD = 5,08$) oraz ≥ 8 miesięcy ($M = 26,97$; $SD = 4,13$).

Wyniki przeprowadzonej analizy wskazują, że stosunek do wiary istotnie wpływał na stopień akceptacji choroby w badanej grupie ($p < 0,001$). Istotnie niższy wynik stopnia akceptacji choroby

Tabela 2. Wybrane uwarunkowania stopnia akceptacji choroby w badanej grupie pacjentów objętych domową opieką hospicyjną

Zmienna		M	Me	Q1	Q3	SD	Wynik analizy
Płeć	kobieta	25,88	26,00	24,00	29,00	6,19	Z = 0,276 p = 0,782
	mężczyzna	24,92	27,00	18,00	29,00	6,72	
Wiek	≤ 70 lat	20,29	17,50	15,50	26,50	6,57	F = 17,019 p < 0,001 RM: 1<2, 1<3
	71–75 lat	26,24	26,00	25,00	29,00	5,76	
	≥ 76 lat	28,20	28,00	26,00	29,00	4,77	
Miejsce zamieszkania	miasto	25,68	26,00	20,00	29,00	6,54	Z = -0,073 p = 0,942
	wieś	25,29	27,00	24,00	29,00	6,42	
Wykształcenie	podstawowe/zawodowe	24,16	26,00	18,00	28,00	5,74	Z = -2,503 p = 0,012
	średnie/wyższe	26,84	28,00	25,00	30,00	6,92	
Stan cywilny	zamężna/zonaty	28,33	28,00	26,00	31,00	5,56	Z = 4,783 p < 0,001
	niebędąca/cy w związku małżeńskim	22,40	25,00	17,00	27,00	5,90	
Liczba osób w gospodarstwie domowym	1 osoba	21,94	25,00	16,50	26,50	5,75	H = 16,390 p < 0,001 RM: 1<2, 1<3
	2–3 osoby	26,68	27,00	25,00	29,00	6,19	
	≥ 4 osoby	27,93	29,00	26,00	31,00	6,11	
Czas objęcia domową opieką hospicyjną	≤ 5 miesięcy	19,32	17,00	15,00	26,00	5,99	H = 33,132 p < 0,001 RM: 1<2, 1<3
	6–7 miesięcy	28,89	26,50	25,00	34,00	5,08	
	≥ 8 miesięcy	26,97	28,00	26,00	29,00	4,13	
Stosunek do wiary	niewierzący/obojętny religijnie	22,90	20,50	14,00	35,00	9,46	H = 15,714 p < 0,001 RM: 1<3, 2<3
	wierzący	24,35	26,00	20,00	28,00	5,64	
	głęboko wierzący	28,63	29,00	27,00	32,00	5,93	

M – średnia, Me – mediana, Q1 – dolny kwartył, Q3 – górny kwartył, SD – odchylenie standardowe, F – analiza wariancji ANOVA, Z – test U Manna-Whitneya, H – test Kruskala-Wallis’a, p – istotność statystyczna, RM – różnice międzygrupowe

uzyskali badani określający siebie jako niewierzący i obojętni religijnie (M = 22,9; SD = 9,46) w porównaniu z respondentami określającymi siebie jako osoby wierzące (M = 24,35; SD = 5,64). Ponadto, pacjenci określający się jako wierzący mieli istotnie niższy stopień akceptacji choroby w porównaniu z badanymi określającymi siebie jako osoby głęboko wierzące (M = 28,63; SD = 5,93).

DYSKUSJA

Bardzo istotna w przystosowaniu do choroby jest jej akceptacja. Jest to proces bardzo złożony i uzależniony od wielu czynników, m.in.: predyspozycji indywidualnych, czasu trwania choroby, dolegliwości somatycznych czy nasilenia objawów ubocznych leczenia [11]. Przeprowadzone badania miały na celu poznanie stopnia akceptacji choroby i jej wybranych uwarunkowań w grupie pacjentów objętych domową opieką hospicyjną. Wyniki badań własnych wskazują, że badaną grupę pacjentów charakteryzował średni stopień akceptacji choroby. Stopień akceptacji choroby jest determinowany przez wiele czynników, a każdy człowiek chory na chorobę terminalną ma prawo reagować inaczej na

swój stan. Jedni pacjenci łatwiej godzą się z tym, co ich spotkało, drudzy natomiast walczą i buntują się do końca swoich dni [8]. W badaniach własnych zaobserwowano, że wyższym stopniem akceptacji choroby charakteryzowały się osoby starsze, legitymujące się wykształceniem średnim lub wyższym, pozostające w związku małżeńskim, zamieszkujące z większą liczbą osób we wspólnym gospodarstwie domowym, objęte 6–7 miesięcy domową opieką hospicyjną oraz opisujące siebie jako głęboko wierzące.

Przegląd literatury na temat stopnia akceptacji choroby oceniany skalą AIS w grupie pacjentów terminalnie chorych objętych opieką hospicyjną lub długoterminową oraz chorych na nowotwór wykazał różny stopień akceptacji choroby u tych pacjentów. Podobnie jak w badaniach własnych, średni stopień akceptacji choroby charakteryzował 80 pacjentów objętych domową opieką paliatywną w badaniach Kaptacz [12], 105 pacjentów leczonych chemioterapią z powodu chłoniaków w badaniach Ślusarskiej i wsp. [13] czy 110 pacjentów leczonych z powodu białaczki w badaniach Wieraszk i Lelonek [14]. Natomiast badania Kędzior i wsp. [9] przeprowadzone w grupie 32 osób przebywających w Ośrodku Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej w Będkowie wykazały, że wysoki stopień akceptacji

choroby charakteryzował 53% badanych, a umiarkowany – 41%. W badaniach Kapeli i wsp. wśród pacjentów leczonych z powodu raka jelita grubego zaobserwowano większy od przeciętnego stopień akceptacji choroby [15].

Po ocenie stopnia akceptacji choroby, kolejnym etapem podjętych analiz była ocena jego związku ze zmiennymi socjodemograficznymi związanymi z chorobą oraz ze środowiskiem zamieszkania pacjenta. W badaniach własnych zaobserwowano, że wiele analizowanych zmiennych determinowało stopień akceptacji choroby w badanej grupie. Odmiennie wyniki od własnych uzyskały Kupcewicz i Wojtkowska [16] oceniająca stopień akceptacji choroby w grupie pacjentów leczonych z powodu dyskopatii czy Kaźmierczak i wsp. [178] w grupie kobiet leczonych z powodu zmian patologicznych szyjki macicy. W cytowanych badaniach żadna ze zmiennych socjodemograficznych nie różnicowała istotnie grupy w zakresie stopnia akceptacji choroby. Natomiast Kupcewicz i Abramowicz [18] zauważyli, że płeć, wiek, częstość leczenia szpitalnego oraz zmienne społeczno-zawodowe istotnie determinowały stopień akceptacji choroby w grupie osób leczonych z powodu POChP, natomiast obecność chorób współistniejących, wykształcenie i miejsce zamieszkania nie wpływały na stopień akceptacji choroby. Zarówno wyniki badań własnych, jak i cytowanych powyżej wskazują, że stopień akceptacji choroby jest bardzo indywidualny i mogą na niego wpływać czynniki związane z chorobą (m.in. długość trwania, rodzaj, występujące dolegliwości somatyczne czy zaawansowanie), socjodemograficzne, związane ze środowiskiem zamieszkania czy osobowościowe.

Ciekawą obserwację w badaniach własnych poczyniono, porównując stopień akceptacji choroby z deklarowanym stosunkiem do wiary. Stwierdzono, że osoby, które deklarowały, że są głęboko wierzące i wierzące, miały istotnie wyższy stopień akceptacji choroby w porównaniu z osobami niewierzącymi i obojętnymi religijnie. Związane jest to z potrzebami pacjentów w terminalnym stadium choroby, co potwierdzają badanie Kaptacz [12], w którym 90% pacjentów objętych domową opieką paliatywną przyznało, że duchowość i religijność stanowi ważny aspekt ich życia. Jednocześnie, co jest pocieszające, aż 58% respondentów uznało, że członkowie zespołu realizującego świadczenia z zakresu opieki paliatywnej uwzględniali ich przekonania, praktyki i wartości związane z religią i sferą duchową. Opieka duchowa uznawana jest za kluczowy czynnik zdrowia i dobrego samopoczucia, stanowiąc integralny element wsparcia w opiece paliatywnej [19]. Puchalski stwierdza, że duchowość może pomagać pacjentom w zmaganiu się z chorobą, z kolei nierozwiązane dylematy duchowe mogą pogarszać jakość życia [20].

WNIOSKI

1. W badanej grupie pacjentów objętych domową opieką hospicyjną odnotowano średni stopień akceptacji choroby.
2. Istotnie wyższy stopień akceptacji choroby zaobserwowano u respondentów w starszym wieku, legitymujących się wykształceniem średnim i wyższym, pozostających w związku małżeńskim, mieszkających z większą liczbą osób w jednym gospodarstwie domowym, objętych 6–7 miesięcy domową opieką hospicyjną oraz opisujących siebie jako osoby wierzące i głęboko wierzące.
3. Płeć i miejsce zamieszkania nie różnicowały istotnie badanej grupy w zakresie stopnia akceptacji choroby.

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

PIŚMIENNICTWO

1. Uchmanowicz E. Potrzeby duchowe i wsparcie psychologiczne ludzi będących u kresu życia w kontekście opieki hospicyjnej. *Piel Zdr Publ* 2012; 2: 67-72.
2. Ciałkowska-Rysz, Dzierżanowski T (red.). *Medycyna paliatywna*. Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2019.
3. de Walden-Gałuszko K. *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
4. Smoleń E, Jarema M, Hombek K i wsp. Akceptacja i przystosowanie do choroby u pacjentów leczonych onkologicznie. *Probl Pielęg* 2018; 26: 37-43.
5. Nowicki GJ, Ślusarska B, Bartoszek A i wsp. Moderation and mediation analysis of the relationship between total protein concentration and the risk of depressive disorders in older adults with function dependence in home care. *Nutrients* 2018; 10: 1374.
6. Barańska A, Waraksa-Wiśniewska M, Andruszkiewicz A. Nastroj jako wyznacznik akceptacji choroby pacjentów dializowanych. *Nefrol Dial Pol* 2014; 18: 27-31.
7. Kurowska K, Lach B. Akceptacja choroby i sposoby radzenia sobie ze stresem u chorych na cukrzycę typu 2. *Diabetol Prakt* 2011; 12: 113-119.
8. Kędzior B, Uchmanowicz I, Jankowska-Polańska B i wsp. Poziom leku i depresji a stopień akceptacji choroby u pacjentów objętych opieką hospicyjną. *Współcz Pielęg Ochr Zdr* 2016; 5: 16-20.
9. Mróz J. Pozytywny i negatywny afekt w procesie choroby. W: *Człowiek chory – aspekt biopsychospołeczny*. Janowski K, Gierus J (red.). Centrum Psychologii i Pomocy Psychologicznej, Lublin 2009; 285-294.
10. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. *Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego*, Warszawa 2012.
11. Kulpa M, Owczarek K, Stypuła-Ciuba B. Przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej a jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia u chorych onkologicznych. *Med Paliat* 2013; 5: 106-113.
12. Kaptacz I. Ocena jakości życia, akceptacja choroby, potrzeb i oczekiwań pacjentów objętych domową opieką paliatywną – wstępne badanie pilotażowe. *Med Paliat* 2018; 10: 137-144.

13. Ślusarska B, Nowicki GJ, Serwata M i wsp. Poziom akceptacji choroby i jakość życia chorych na chłoniaki. *Med Palliat* 2016; 8: 88-95.
14. Wieraszką G, Lelonek B. Funkcjonowanie chorego z białaczką a akceptacja choroby nowotworowej. *Stud Med* 2008; 10: 21-26.
15. Kapela I, Bąk E, Krzemińska SA i wsp. Ocena poziomu akceptacji choroby i satysfakcji z życia u chorych na raka jelita grubego leczonych chemioterapią. *Piel Zdr Publ* 2017; 26: 53-61.
16. Kupcewicz E, Wojtkowska M. Akceptacja choroby a poczucie satysfakcji życia w grupie chorych leczonych z powodu dyskopatii. *Przeds Zarz* 2014; 15:157-170.
17. Kaźmierczak M, Kubiak I, Gebuza G i wsp. Czynniki determinujące akceptację choroby przez kobiety leczone z powodu zmian patologicznych szyjki macicy. *MONZ* 2015; 21: 181-186.
18. Kupcewicz E, Abramowicz A. Wpływ wybranych czynników socjodemograficznych na stopień akceptacji choroby i poziom satysfakcji z życia u pacjentów leczonych z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. *Hygeia Public Health* 2015; 50: 142-148.
19. Richardson P. Spirituality, religion and palliative care. *Ann Palliat Med* 2014; 3: 150-159.
20. Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK i wsp. Improving the spiritual dimension of whole person care: Reaching national and international consensus. *J Palliat Med* 2014; 17: 642-656.