

## Miłosz Marcysiak, Olga Dąbrowska, Anna Gesek, Anna Kijewska, Małgorzata Marcysiak

Studenckie Koło Naukowe Wydziału Ochrony Zdrowia Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Ciechanowie

# Nadzieja podstawowa i jakość życia pacjentów Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie

Basic hope and quality of life of patients Regional Specialist Hospital in Ciechanów

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Nadzieja podstawowa jest specyficznym przeświadczeniem człowieka o dwóch powiązanych ze sobą właściwościach świata który jest uporządkowany oraz przychylny ludziom. Stanowi podstawę interpretacji zdarzeń, które człowiek próbuje przewidzieć i ocenić swoje szanse w konfrontacji z nimi. Nadzieja podstawowa odgrywa szczególną rolę w radzeniu sobie w sytuacjach nieodwracalnej straty. Jej adaptacyjna rola polega na nieangażowaniu się w zmianę zdarzenia, na które nie ma się wpływu. W sytuacjach niepowodzenia wiąże się z większym zaangażowaniem w problem.

**Cel pracy.** Celem niniejszych badań było poznanie poziomu nadziei podstawowej i jakości życia u pacjentów z różnych oddziałów Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie oraz określenie związku między nadzieją a subiektywnym stanem zdrowia pacjentów.

**Materiał i metody.** Badania przeprowadzono wśród 108 pacjentów Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie. Grupę kontrolną stanowiły osoby zdrowe. Do badań zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, a narzędziami badawczymi były: Kwestionariusz Nadziei Podstawowej (BHI-12) Trzebińskiego i Zięby, Skala Satysfakcji z Życia (SWLS) Diennera, Emmons, Larsona i Griffina w adaptacji Juczyńskiego oraz autorski kwestionariusz ankiety dotyczący subiektywnej oceny zdrowia (definiowanego jako dobrostan biopsychospołeczny) i czynników na nie wpływających podczas pobytu w szpitalu. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej oraz statystycznej weryfikacji hipotez.

**Wyniki.** Poziom nadziei podstawowej wśród osób hospitalizowanych jest istotnie niższy niż w grupie kontrolnej osób zdrowych. Wyższy poziom nadziei podstawowej mają mężczyźni. Wśród pacjentów przebywających na poszczególnych oddziałach istnieją istotne statystycznie różnice w poziomie nadziei podstawowej. Najniższy poziom nadziei podstawowej zaobserwowano u pacjentek przebywających na oddziale położniczo-ginekologicznym. Na tle innych pacjentów istotnie wyższe wyniki w skali satysfakcji z życia uzyskali pacjenci przebywający na specjalistycznym oddziale wewnętrznym. Subiektywna ocena stanu zdrowia jest istotnie wyższa u osób z wyższym poziomem nadziei podstawowej. Osoby z silną nadzieją podstawową częściej są optymistami oraz odczuwają satysfakcję z życia. Istotnym czynnikiem wpływającym na poziom nadziei podstawowej oraz ocenę jakości życia pacjentów jest poziom opieki pielęgniarskiej.

**Wnioski.** Nadzieja podstawowa może wpływać na powodzenie procesu terapeutycznego.

**Problemy Pielęgniarstwa 2011; 19 (3): 335–340**

**Słowa kluczowe:** nadzieja podstawowa, jakość życia, ocena zdrowia

### ABSTRACT

**Introduction.** Basic hope is a specific human conviction of two broad and interrelated characteristics of the world: that it is orderly and supportive people. Thus constitutes the interpretation of the events happening in the world, which man tries to predict and assess their chances in a confrontation with them. Hope plays a special role in primary in dealing with situations of irretrievable loss. Its adaptive role is to engaging in changing the fact that you cannot change. In situations of failure is associated with greater involvement in the problem.

**Aim of the study.** The purpose of this study is to understand the level of basic hope and quality of life in patients of different branches of the Regional Specialist Hospital in Ciechanów and establish a link between hope and subjective health status of patients.

**Material and methods.** The study was conducted among 108 patients in the Regional Hospital in Ciechanów. The control group consisted of healthy people. The method of diagnostic survey. Research tools included: Questionnaire Hope Elementary (BHI-12), Satisfaction With

**Adres do korespondencji:** mgr Miłosz Marcysiak, Wydział Ochrony Zdrowia PWSZ w Ciechanowie, ul. Wojska Polskiego 51, 06-400 Ciechanów, tel.: (23) 672 22 13, e-mail: miloszma@gmail.com

Life Scale (SWLS) and a questionnaire for subjective assessment of health and factors affecting them during their stay in hospital. The obtained results were statistically analyzed and statistical verification of hypotheses.

**Results.** Level of basic hope among people hospitalized was significantly lower than in healthy controls. A higher level of basic hope to men. Among the patients staying at different locations, there are statistically significant differences in the level of basic hope. The lowest level of basic hope was seen in patients residing in the obstetric-gynecology. Compared to other patients, significantly higher scores on a scale of satisfaction with life care than those obtained for specialized internal department. Subjective assessment of health status is significantly higher in those with higher levels of basic hope. People with a strong hope of more fundamental are optimistic and feel satisfaction with life. An important factor influencing the level of basic hope and the quality of life for patients is the level of nursing care.

**Conclusions.** Basic hope may affect the success of the therapeutic process.

**Nursing Topics 2011; 19 (3): 335–340**

**Key words:** basic hope, quality of life, health evaluation

## Wstęp

Nawet ciężka choroba o niekorzystnych rokowaniach może wzbudzać pozytywne emocje, na przykład nadzieję. Jest to uogólniona postawa jednostki wobec następujących zdarzeń życiowych [1], charakteryzująca się optymizmem oraz oczekiwaniem na osiągnięcie pozytywnego wyniku podjętych działań. Nadzieja może być definiowana w nurcie psychologii emocji i psychologii poznawczej. W pierwszym wypadku traktowana jest jako emocja złożona, która powstaje w wyniku złożonych procesów poznawczych, mających miejsce w korze mózgowej, odpowiedzialnych za zachowanie człowieka. Z drugiej strony jest definiowana jako konstrukt psychiczny, na który składają się następujące elementy: umiejętność stawiania sobie celów, planowanie sposobów jego osiągnięcia oraz utrzymanie motywacji w kierowaniu własnym postępowaniem [2]. Zdaniem Poprawy (za Seligmanem) nadzieja opiera się na interpretacji przyczyn niepowodzeń jako krótkotrwałych i mających ograniczony wpływ na życie jednostki [3]. Snyder natomiast traktuje nadzieję jako dyspozycję poznawczą, nastawienie, że można osiągnąć cel przez odpowiednie działanie i dostępność odpowiednich zasobów [4]. Nadzieję można określić również jako stan oczekiwania na coś dobrego, skojarzony z pozytywnym poczuciem zadowolenia. Tak pojmowana nadzieja zmniejsza następstwa uczuć negatywnych. Jest fundamentem optymistycznego spojrzenia na świat oraz elementem cechującym dobrą jakość życia. Odgrywa znaczną rolę w radzeniu sobie z cierpieniem [5]. Nadzieję cechuje również elastyczność. Jest silniejsza od myśli, oparta na wiedzy. Pozytywna postawa w trakcie oczekiwania zwiększa szanse na pomyślne rozwiązanie sytuacji [6].

Specyficzne rozumienie nadziei zaproponowali Trzebiński i Zięba. Ich ujęcie zwraca szczególną wagę na aspekty nadziei związane z zaufaniem do świata i ludzi. Ten rodzaj przekonań jest szczególnie istotny w obliczu sytuacji nowych, gdyż zwiększa gotowość do podejmowania nowych wyznań [7]. Nadzieja podstawowa jest jednym ze składników globalnej wizji świata, to przekonanie o jego uporządkowaniu i sensow-

ności oraz przychylności w stosunku do ludzi. W tym przypadku nadzieja pomaga interpretować zdarzenia aktualne i przyszłe, które ludzie starają się ocenić i oszacować swoje szanse wobec nich. Nadzieja podstawowa uaktywnia się zwłaszcza wtedy, gdy dana osoba musi poradzić sobie z nowymi sytuacjami i możliwościami, a także w momencie zmiany dotychczasowego sposobu życia. W obliczu nowych sytuacji zwiększa się gotowość do podejmowania wyzwań, budowania nowego porządku. Natomiast w sytuacji straty przekonanie o sensowności i przychylności świata pozwala szybciej zaakceptować utratę starego ładu i przejść do etapu budowania nowego [8]. Nadzieja jest względnie trwałym i stabilnym elementem osobowości, kształtującym się już w dzieciństwie. Odpowiada za zachowanie człowieka w obliczu ważnych sytuacji życiowych. Poziom nadziei podstawowej umożliwia konstruktywne działanie w nowej sytuacji lub w chwili zachwiania dotychczasowego porządku. Dużą rolę w werbalizacji nadziei podstawowej ma kultura i rodzina. Ponadto nadzieja podstawowa ma wpływ na kształtowanie ego oraz pomaga określić własne preferencje [8, 9].

Nadzieja często uaktywnia się podczas choroby, która stanowi problem nie tylko medyczny, ale i psychospołeczny. Jest to nowa sytuacja, z którą jednostka w określony sposób musi sobie poradzić. Wtedy człowiek podejmuje aktywność określaną jako radzenie sobie, ukierunkowaną na samokontrolę emocji oraz opanowanie źródła stresu [10].

## Cel pracy

Celem niniejszych badań było poznanie poziomu nadziei podstawowej i jakości życia pacjentów różnych oddziałów Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie oraz określenie związku między nadzieją a subiektywną oceną stanu zdrowia pacjentów.

## Materiał i metody

Badaniem objęto 108 pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Ciechanowie. Wśród badanych były 63 kobiety (58%) oraz 45 mężczyzn (42%) w wieku 20–88 lat ( $x = 56$ ,  $SD = 17,50$ ). Badania były

przeprowadzone wśród pacjentów hospitalizowanych na oddziałach: kardiologicznym (n = 20), urologicznym (n = 17), wewnętrznym (n = 17), wewnętrznym specjalistycznym (n = 18), chirurgii ogólnej (n = 19) i ginekologicznym (n = 17). Wśród przyczyn hospitalizacji dominowały choroby o charakterze przewlekłym (nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, choroba wieńcowa, choroba nowotworowa, stany zapalne narządów wewnętrznych) oraz stany ostre (zawał serca, bóle ostre, urazy narządu ruchu). Grupa kontrolna liczyła 120 osób. Stanowiły ją osoby zdrowe w wieku 18–77 lat ( $x = 48$ ,  $SD = 18,6$ ), nieprzebywające w ciągu ostatniego pół roku w szpitalu. W grupie było 67 kobiet (56%) oraz 53 mężczyzn (44%). Głównym czynnikiem różnicującym grupy była obecność choroby wymagającej pobytu w szpitalu. Badania były przeprowadzone w okresie luty–marzec 2011 roku w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Ciechanowie.

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziami badawczymi były: Kwestionariusz Nadziei Podstawowej (BHI-12) Trzebińskiego i Zięby, Skala Satysfakcji z Życia (SWLS, *Satisfaction With Life Scale*) Diennera, Emmons, Larsona i Griffina w adaptacji Juczyńskiego oraz autorski kwestionariusz ankiety „Skala Oceny Samopoczucia w Szpitalu” (SOSS). Kwestionariusz Nadziei Podstawowej BHI-12 składa się z 12 stwierdzeń — badany określa stopień, w jakim się zgadza z każdym z nich, korzystając ze skali od 1 („zdecydowanie nie zgadzam się”) do 5 („zdecydowanie zgadzam się”). Metoda posiada zadowalającą zgodność wewnętrzną i stabilność ( $\alpha$  Cronbacha = 0,82) [8, 9]. Skala Satysfakcji z Życia jest przeznaczona do indywidualnego i grupowego badania zdrowych i chorych osób dorosłych. Skala zawiera 5 stwierdzeń. Badany ocenia, w jakim stopniu każde z nich odnosi się do jego dotychczasowego życia. Wynikiem pomiaru jest ogólny wskaźnik poczucia zadowolenia z życia. Właściwości psychometryczne narzędzia są zadowalające [11]. Skala Oceny Samopoczucia w Szpitalu została przygotowana przez Koło Naukowe przy Wydziale Ochrony Zdrowia Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Ciechanowie. Pytania wchodzące w skład kwestionariusza dotyczyły subiektywnej oceny zdrowia i czyn-

ników na nie wpływających podczas pobytu pacjenta w szpitalu. W wyniku analizy czynnikowej metodą składowych głównych, z zastosowaniem rotacji VARIMAX, udało się zredukować wyniki do 5 skal: ocena zdrowia, ocena wsparcia ze strony innych, ocena opieki pielęgniarskiej, wiara, ocena emocji. Kwestionariusz cechował się wysoką rzetelnością ( $\alpha$  Cronbacha = 0,876). Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej oraz statystycznej weryfikacji hipotez. Poziom istotności wnioskowania statystycznego ustalono na  $p < 0,05$ . W wyniku procedury badawczej otrzymano 108 kompletnych i prawidłowo wypełnionych baterii testów.

## Wyniki

Średni poziom nadziei podstawowej u pacjentów Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala w Ciechanowie utrzymywał się na przeciętnym poziomie i wynosił  $x = 28,73$ , odchylenie standardowe ( $SD$ , *standard deviation*) było równe 3,51. W skali oceny jakości życia SWLS utrzymywał się na umiarkowanym poziomie i wynosił 20,15, a  $SD = 5,73$ .

Poziom nadziei podstawowej w grupie badawczej był istotnie niższy niż w grupie kontrolnej ( $p = 0,018$ ) (tab. 1). Pacjenci rzadziej mieli przeświadczenie, że otaczający ich świat jest uporządkowany oraz przychylny. Stosunkowo rzadziej dążyli również do bezpośredniego rozwiązania problemu.

W badanej grupie zaobserwowano istotnie wyższy poziom nadziei podstawowej wśród mężczyzn ( $p = 0,012$ ) (tab. 2). Może świadczyć to o bardziej stanowczym podejściu do wyzwań stawianych w trakcie pobytu w szpitalu i wyższej gotowości do bezpośredniego rozwiązywania problemów.

W badanej grupie zaobserwowano brak istotnych statystycznie różnic między oceną jakości życia u osób chorych i zdrowych. Pobyt w szpitalu zdawał się nie wpływać na poziom oceny jakości życia mierzonej skalą SWLS. Nie zaobserwowano również istotnych statystycznie różnic w poziomie oceny jakości życia pomiędzy mężczyznami a kobietami (tab. 1, 2).

W celu porównania poziomu nadziei podstawowej i oceny jakości życia wśród pacjentów przebywających w różnych oddziałach Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Ciechanowie po sprawdzeniu założeń za-

**Tabela 1.** Nadzieja podstawowa i jakość życia pacjentów oraz osób zdrowych

**Table 1.** Basic hope and quality of life of patients and healthy individuals

	Grupa badana	Grupa kontrolna	t	p
BHI-12	28,7345	29,8800	-2,392	<b>0,018</b>
SWLS	20,1504	20,8061	-0,832	0,407

$p < 0,05$ ; BHI-12 — Kwestionariusz Nadziei Podstawowej; SWLS (*Satisfaction With Life Scale*) — Skala Satysfakcji z Życia, Źródło: wyniki badań własnych

**Tabela 2.** Nadzieja podstawowa i jakość życia pacjentów a płeć**Table 2.** Basic hope and quality of life of patients and gender

	K	M	t	p
BHI-12	28,9317	29,7333	2,559	<b>0,012</b>
SWLS	20,3651	20,2222	-0,132	0,895

p < 0,05; K — kobiety, M — mężczyźni, BHI-12 — Kwestionariusz Nadziei Podstawowej; SWLS (*Satisfaction With Life Scale*) — Skala Satysfakcji z Życia; źródło: wyniki badań własnych

stosowano metodę analizy wariancji (ANOVA) i testy *post hoc* (Test NIR). W wyniku analizy otrzymanych danych zaobserwowano, że najniższy poziom nadziei podstawowej miały pacjentki na oddziale ginekologicznym. Może mieć to związek z charakterem chorób i dolegliwości (usunięcie macicy, niepłodność, polipy szyjki macicy, mięśniaki). Choroby te w sposób bezpośredni wpływają na poczucie kobiecości, co może przedkładać się na gorsze postrzeganie przyszłości, a w konsekwencji niższy poziom nadziei podstawowej.

Pacjenci przebywający na poszczególnych oddziałach istotnie różnią się (p < 0,05) pod względem oceny jakości życia. Charakter oddziału zdaje się być istotnym czynnikiem wpływającym na ocenę jakości życia. Najgorzej jakość życia oceniali pacjenci na oddziale wewnętrznym, a najlepiej na specjalistycznym oddziale wewnętrznym. Pacjenci przebywający na specjalistycznym oddziale wewnętrznym to w dużej mierze osoby z chorobami nowotworowymi i to zdaje się mieć decydujący wpływ na otrzymane wyniki. Ocena jakości życia pacjentów onkologicznych może być bardziej kompleksowa, a sami pacjenci są lepiej uświadomieni i poinformowani o swoim stanie oraz przebiegu procesu terapeutycznego i procesu pielęgnowania.

Istnieje istotny ujemny związek (r = -0,369; p < 0,05) między wiekiem pacjentów a subiektywną oceną zdrowia. Starsi pacjenci gorzej oceniali swój stan zdrowia. Może mieć to związek z występującą w wieku starszym wielochorobowością i dokuczliwymi zmianami wynikającymi z procesu starzenia się.

W badanej grupie istnieje słaby związek (r = 0,194; p < 0,05) między poziomem nadziei podstawowej a oceną jakości życia. Osoby z wyższą nadzieją podstawową miały tendencję do wyższej oceny jakości życia.

W badanej grupie zaobserwowano również istotny statystycznie związek (r = 0,279; p < 0,05) między poziomem nadziei podstawowej a subiektywną oceną zdrowia. Wyższa nadzieja, zgodnie z założeniami, wiąże się z lepszą oceną sytuacji i pozytywnym nastawieniem do rzeczywistości, stąd lepsza ocena stanu zdrowia wśród badanych.

Wśród osób chorych przebywających w szpitalu stwierdzono istotny statystycznie związek (r = 0,262;

p < 0,05) między poziomem nadziei podstawowej a oceną opieki pielęgniarskiej. Dobrze postrzegana opieka pielęgniarska może wpływać na poziom nadziei podstawowej.

W badanej grupie istnieje istotny statystycznie związek (r = 0,330; p < 0,05) między subiektywną oceną sytuacji pacjenta w szpitalu a poziomem zadowolenia z życia.

Dotadnie związki dotyczą każdego z wyróżnionych czynników. Wszystkie badane zmienne mogą przyczyniać się do wzrostu oceny jakości życia. Najbardziej istotne wydaje się być wsparcie społeczne i przebywanie wśród bliskich osób. Wyższej jakości życia towarzyszy również częstsze przeżywanie pozytywnych emocji.

Na subiektywną ocenę zdrowia pacjentów wpływ mają wszystkie wyróżnione czynniki. Ocena stanu zdrowia jest tym wyższa, im wyższy jest wskaźnik wsparcia społecznego, oceny opieki pielęgniarskiej, wiary i pozytywnych emocji.

Jak wykazano wcześniej, istotnym wskaźnikiem wpływającym na ocenę jakości życia pacjenta jest doznawanie wsparcia ze strony rodziny i innych ludzi. Na podstawie danych zawartych w tabeli 3 można wywnioskować, że istotnymi wskaźnikami wpływającymi na poczucie wsparcia społecznego są jakość opieki pielęgniarskiej oraz wiara i charakter kontaktu z Bogiem. Wyższe postrzeganie jakości opieki pielęgniarskiej wiąże się również z częstszym przeżywaniem przez pacjentów pozytywnych emocji.

Wbrew założeniom brak istotnego statystycznie związku między wiarą pacjentów (pojmowaną jako osobisty stosunek i relacja z Bogiem, a nie religijność) a poziomem nadziei podstawowej.

## Dyskusja

Mimo wnikliwych poszukiwań nie udało się dotrzeć do artykułów opisujących związek między poziomem nadziei podstawowej a stanem zdrowia. Większość prowadzonych badań dotyczyła nadziei rozumianej według koncepcji Snydera [1–3, 12].

Badania wykazały, że wśród pacjentów istnieje przeciwny poziom nadziei podstawowej. Pozwala ona przezwyciężyć najtrudniejsze chwile w życiu. Większość pacjentów potrafi do końca zachować nadzieję, często

**Tabela 3.** Nadzieja podstawowa pacjentów a jakość życia i subiektywna ocena stanu zdrowia (korelacja r-Pearsona)**Table 3.** Basic hope, quality of life and subjective health evaluation (r-Pearson correlation)

	Wiek	BHI-12	SLWS	OZ	WS	OP	WI	EM
Wiek	–	–0,141	–0,101	–0,369*	–0,037	0,014	–0,072	–0,184
BHI-12	–0,141	–	0,194*	0,279*	0,155	0,262*	0,161	0,161
SLWS	–0,101	0,194*	–	0,330*	0,412*	0,297*	0,282*	0,332*
OZ	–0,369*	0,279	0,330*	–	0,384*	0,300*	0,322*	0,381*
WS	–0,037	0,155	0,412*	0,384*	–	0,644*	0,424*	0,365*
OP	0,014	0,262*	0,297*	0,300*	0,644*	–	0,411*	0,299*
WI	–0,072	0,161	0,282*	0,322*	0,424*	0,411*	–	0,170
EM	–0,184	0,161	0,332*	0,381*	0,365*	0,299*	0,170	–

\*p < 0,05; BHI-12 — Kwestionariusz Nadziei Podstawowej; SLWS (*Satisfaction With Life Scale*) — Skala Satysfakcji z Życia, OZ — ocena zdrowia, WS — wsparcie, OP — opieka pielęgniarska, WI — wiara, EM — przeżywanie pozytywnych emocji; Źródło: wyniki badań własnych

zmienia ona jednak swój charakter. Początkowo jest to nadzieja na całkowite wyzdrowienie, potem na utrzymanie dotychczasowego stanu sprawności. W przypadku chorób przewlekłych i nieuleczalnych jest to nadzieja na chwilę pozbawione bólu lub na godną śmierć. Brak nadziei powoduje utratę motywacji i chęci do walki o zdrowie i życie, co pociąga za sobą brak współpracy w leczeniu. Pacjenci, którzy chcieli znać wszystkie informacje na temat swojej choroby mieli więcej nadziei niż ci, którzy chcieli słyszeć same pozytywne informacje [6].

Wbrew oczekiwaniom nie zaobserwowano istotnie wyższych wyników w poziomie nadziei podstawowej w grupie osób chorych objętych hospitalizacją. Zgodnie z teorią nadzieja podstawowa pomaga lepiej radzić sobie w sytuacji krytycznej lub nieodwracalnej straty, do których zalicza się również utratę zdrowia lub zagrożenie utratą życia. Pomaga również zaakceptować sytuację, której nie można zmienić [9, 10]. Wprawdzie pacjenci Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Ciechanowie nie uzyskali szczególnie niskich wyników w skali nadziei podstawowej, ale nie są one istotnie wyższe od wyników osób zdrowych.

Przekrojowy charakter badań uniemożliwił zaobserwowanie dynamiki nasilenia nadziei wśród pacjentów w trakcie trwania choroby i hospitalizacji. Jak wykazały wyniki badań Gwoźdeckiej, poziom nadziei wśród chorych w pierwszej fazie (4–5 tygodni) po zawale był wyraźnie wyższy niż w późniejszym okresie choroby (5 miesięcy później). Natężenie nadziei spada wraz ze wzrostem kontroli nad chorobą i zmniejszającym się poczuciem zagrożenia. Funkcją nadziei może być zatem obniżenie napięcia wywołanego przez chorobę, gdy poziom stresu spada, a podmiot zyskuje kontrolę nad chorobą [1].

Nadzieja podstawowa nie wiąże się również z częstszym przeżywaniem pozytywnych emocji [2]. W bada-

nej grupie brak związku między subiektywnym odczuwaniem pozytywnych stanów emocjonalnych a poziomem nadziei podstawowej.

Badania własne wykazały związek między poziomem nadziei podstawowej a zadowoleniem z życia. Literatura przedmiotu potwierdza taką zależność. Nadzieja leży u podstaw pozytywnego stosunku do życia, mobilizuje do działania oraz jest istotnym elementem dobrej jakości życia [13].

W badaniach własnych stosunkowo wysokie wyniki w skali zadowolenia z życia osiągnęli pacjenci przebywający na specjalistycznym oddziale wewnętrznym, głównie cierpiący na chorobę nowotworową. Względnie korzystna ocena jakości życia przez chorych na nowotwory w literaturze jest tłumaczona faktem, że chęć poprawy samopoczucia prowadzi do zafałszowania percepcji własnego położenia, co pozwala na psychiczne przystosowanie się do choroby i wejścia w nową rolę [5, 14].

Badania własne wykazały związek nadziei podstawowej i subiektywnej oceny własnego stanu zdrowia przez pacjentów. Nadzieja może mieć znaczenie zarówno dla samego procesu leczenia, jak i dla zdrowia psychicznego i fizycznego. Nadzieja może być cennym zasobem sprzyjającym lepszej adaptacji i lepszemu samopoczuciu chorych na cukrzycę typu 2. Traktowana jako konstrukt poznawczy poddaje się bowiem oddziaływaniom psychologicznym. Warto zatem wykorzystać wzmacnianie nadziei jako elementu wspierającego standardowe postępowanie terapeutyczne, nawet jeśli bezpośredni wpływ na zdrowie somatyczne jest niejednoznaczny [2]. Nadzieja zwiększa również skuteczność niektórych oddziaływań psychologicznych ukierunkowanych na pozytywną zmianę jednostki [3].

Istotnym czynnikiem warunkującym poziom nadziei podstawowej u pacjentów Szpitala Wojewódzkiego

w Ciechanowie była doznawana opieka oraz wsparcie ze strony personelu medycznego, zwłaszcza pielęgniarek. Dużą rolę w „obudzeniu” nadziei u pacjentów odgrywa personel medyczny. Dobrze prowadzony proces terapeutyczny i pielęgnacyjny pozwala na jej utrzymanie, a dodatkowo motywuje pacjentów do współpracy. Wpływa również na zaufanie do personelu i wysoką ocenę jego kompetencji. Chory nie poddaje się i chce spróbować wszystkich możliwych sposobów, aby ratować swoje zdrowie lub życie [6].

Pobyt w szpitalu negatywnie wpływa na poziom nadziei podstawowej, ale nie rzutuje bezpośrednio na ocenę jakości życia. Opieka pielęgniarska jest czynnikiem który pełni bardzo istotną rolę podczas pobytu pacjenta w szpitalu, co może pozytywnie wpływać na poziom jego nadziei podstawowej oraz ocenę jakości życia i samopoczucia.

### Wnioski

1. Pacjenci przebywający w szpitalu mieli istotnie niższy ( $p < 0,05$ ) poziom nadziei podstawowej niż osoby zdrowe. Wśród pacjentów wyższy poziom nadziei podstawowej prezentowali mężczyźni ( $p < 0,05$ ).
2. Najniższy poziom nadziei podstawowej zaobserwowano u pacjentek przebywających na oddziale położniczo-ginekologicznym.
3. Na tle innych pacjentów istotnie wyższe wyniki w skali satysfakcji z życia uzyskali pacjenci przebywający na oddziale wewnętrznym specjalistycznym.
4. Starsi pacjenci gorzej oceniali swoje zdrowie ( $p < 0,05$ ).
5. Istnieją dodatnie korelacje między poziomem nadziei podstawowej a skalą zadowolenia z życia.
6. Istotnym wskaźnikiem wpływającym na ocenę jakości życia pacjenta było doznawanie wsparcia ze strony rodziny, innych pacjentów i personelu medycznego.

### Piśmiennictwo

1. Gwozdecka E. Lęk i nadzieja u chorych po zawale mięśnia sercowego. W: Kubacka-Jasiecka D., Ostrowski T.M. Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2005: 207–220.
2. Kwissa-Grajewska Z., Wojtyna E. Czy nadzieja sprzyja zdrowiu? Nadzieja i radzenie sobie ze stresem a stan zdrowia oraz podejmowanie zachowań zdrowotnych u chorych na cukrzycę typu 2. W: Heszen I., Życińska J. Psychologia zdrowia. W poszukiwaniu pozytywnych inspiracji. Wydawnictwo SWPS Academica, Warszawa 2008: 39–51.
3. Poprawa R. Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem. W: Dolińska-Zygmunt G. Podstawy psychologii zdrowia. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001: 103–142.
4. Snyder C.R. Handbook of hope, theory, measures & applications. Academic Press, New York 2000.
5. Walden-Gałuszko de K. U kresu. Makmed, Gdańsk 1996.
6. Kerise M. Życie z chorobą. Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, Radom 2007.
7. Łaguna M. Nadzieja i optymizm a intencja założenia własnej firmy. Przegl. Psychol. 2006; 49, 4: 419–443.
8. Trzebiński J., Zięba M. Kwestionariusz Nadziei Podstawowej BHI-12. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2003.
9. Trzebiński J., Zięba M. Basic hope as world-view: an outline of a concept. Pol. Psychol. Bull. 2004; 35, 3: 17–182.
10. Heszen I., Sęk H. Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
11. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2009.
12. Madgetta P.R., Oliver J.M. The hope construct, will and ways: the relations with self-efficacy, optimism and general well-being. J. Clin. Psychol. 1999; 55, 5: 539–551.
13. Zurek A. Zarys problematyki promocji zdrowia osób niepełnosprawnych, chorych przewlekle i terminalnie. W: Dolińska-Zygmunt G. Podstawy psychologii zdrowia. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001: 270.
14. Taylor D.T. Confronting breast cancer: hopes for health. W: Snyder C.R. Handbook of hope. Theory, measures & applications. Academic Press, New York 2000.