

Wpływ wybranych czynników socjodemograficznych na stopień akceptacji choroby i poziom satysfakcji z życia u pacjentów leczonych z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc

Influence of selected socio-demographic factors on degree of illness acceptance and on level of satisfaction with life in patients with chronic obstructive pulmonary disease

EWA KUPCEWICZ, ANETA ABRAMOWICZ

Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk Medycznych, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Wprowadzenie. Przewlekła obturacyjna choroba płuc powoduje wiele ograniczeń w życiu chorego i ma konsekwencje poznawcze, emocjonalne i behawioralne. Akceptacja choroby wpływa na stopień aktywności chorego i poprawę jakości życia.

Cel badań. Ocena czynników mających wpływ na stopień akceptacji choroby i poziom satysfakcji z życia u pacjentów leczonych z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w okresie od września 2013 r. do marca 2014 r. w grupie 96 chorych z rozpoznaniem POChP. Materiał zebrano za pomocą kwestionariusza ankiety własnej konstrukcji zawierającego dane socjodemograficzne, Skali Satysfakcji z Życia i Skali Akceptacji Choroby.

Wyniki. Wartość średnia ogólnego wskaźnika akceptacji choroby uzyskana dla 96 chorych wynosiła $19,00 \pm 6,9$ i świadczyła raczej o przeciętnym stopniu akceptacji choroby przez pacjentów. Niską oceną satysfakcji z życia charakteryzowało się aż 54% ($n=52$) chorych, wyniki pozostałych 46% ($n=44$) pacjentów świadczyły o przeciętnej satysfakcji z życia. Poziom satysfakcji z życia chorych był zależny od obecności chorób współistniejących na poziomie istotności statystycznej $p=0,02$ oraz czasu trwania choroby ($p=0,045$). Takie zmienne jak: płeć, wiek, częstotliwość leczenia szpitalnego, status społeczno-zawodowy miały istotny statystycznie wpływ na stopień akceptacji przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.

Wnioski. Chorzy z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc doświadczali negatywnych skutków choroby i w stopniu przeciętnym je akceptowali, oraz w większości przejawiali niski poziom satysfakcji z życia.

Słowa kluczowe: przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP), satysfakcja z życia, akceptacja choroby, choroba przewlekła

Introduction. Chronic obstructive pulmonary disease significantly limits the patient's life; it brings cognitive, emotional and behavioural consequences. The illness acceptance affects the patient's degree of activity and improvement of the quality of life.

Aim. An assessment of factors affecting the degree of illness acceptance and the level of satisfaction with life in patients treated for COPD.

Material & Methods. The study was conducted from September 2013 to March 2014 in a group of 96 patients diagnosed with COPD. The material was collected using an own-design questionnaire containing socio-demographic data, the Satisfaction with Life Scale and the Acceptance of Illness Scale.

Results. The mean value of overall rates of illness acceptance for all 96 patients was 19.00 ± 6.9 and it indicated a mean level of illness acceptance of the patients. Low evaluation of satisfaction with life was reported by as many as 54% ($n=52$) of the patients, and the results of the remaining 46% ($n=44$) of the patients stand for average satisfaction with life. The level of satisfaction with life in the patients depended on the presence of comorbidities at the statistical significance level $p=0.02$ and the duration of illness ($p=0.045$). Variables, i.e. gender, age, frequency of hospital treatment, social and professional status had a statistically significant effect on the degree of acceptance of chronic obstructive pulmonary disease.

Conclusions. Patients with chronic obstructive pulmonary disease experienced the negative effects of the disease with a mean degree of acceptance; the majority reported a low level of satisfaction with life.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease (COPD), satisfaction with life, acceptance of illness, chronic illness

© Hygeia Public Health 2015, 50(1): 142-148

www.h-ph.pl

Nadesłano: 15.01.2015

Zakwalifikowano do druku: 28.01.2015

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr n. med. Ewa Kupcewicz
Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Olsztynie
ul. Warszawska 30, 10-082 Olsztyn
tel. 696 076 764, e-mail: ekupcewicz@wp.pl

Wykaz skrótów

SWLS – (*The Satisfaction with Life Scale*) Skala Satysfakcji z Życia

AIS – (*Acceptance of Illness Scale*) Skala Akceptacji Choroby
POChP – przewlekła obturacyjna choroba płuc

HRQOL – (*Heath Related Quality of Life*) jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia

WHO – (*World Health Organization*) Światowa Organizacja Zdrowia

Wprowadzenie

Jak podaje Jassem „Polskie Towarzystwo Chorób Płuc definiuje przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP) jako powszechnie występującą przewlekłą chorobę poddającą się profilaktyce i leczeniu. Cechuje się ona utrwaloną ograniczeniem przepływu powietrza przez dolne drogi oddechowe, które zazwyczaj postępuje i jest związane z nadmierną reakcją zapalną w oskrzelach i płucach w odpowiedzi na szkodliwe działanie gazów i pyłów, w Polsce najczęściej dymu tytoniowego. Zaostrzenia i obecność chorób współistniejących wpływają na przebieg POChP u poszczególnych chorych” [1, 2]. Jest jedną z najczęściej występujących chorób na świecie i jedną z najważniejszych chorób społecznych [3]. W krajach Unii Europejskiej POChP występuje u około 15% populacji powyżej 40 r.ż., przy czym stopnie II–IV dotyczą 8,8% ogółu mieszkańców [1, 4]. Odpowiada za znaczną chorobowość oraz przyczynia się do pogorszenia satysfakcji/jakości życia chorych i ich najbliższych [3, 5]. Pojawienie się choroby powoduje w życiu jednostki i rodziny poważny kryzys, wymaga przystosowania się do nowej sytuacji. Reakcje na pojawienie się choroby przewlekłej są złożone i zindywidualizowane, mogą prowadzić u chorego i członków jego rodziny do zmiany systemu wartości i rytmu życia, lęku, niepewności, żalu i bezsilności. Poziom akceptacji choroby ma istotny wpływ na stosunek chorego do informacji o chorobie, uznaniu ograniczeń narzuconych przez chorobę, zależności od innych osób i poczucia własnej wartości. Odgrywa znaczącą rolę, ponieważ zmaganie się chorego z różnymi dolegliwościami często przez wiele lat, ma konsekwencje poznawcze, emocjonalne i behawioralne [6]. W opiece nad chorym istotne jest poznanie sytuacji chorego i poziomu satysfakcji/jakości życia, aby prawidłowo zaplanować działania lecznicze, opiekuńcze, pielęgnacyjne i rehabilitacyjne. Jaracz traktuje satysfakcję z życia jako kryterium jakości życia i określiła ją jako świadomy osąd, wynik oceny i wartościowania sfer życia i życia jako całości [7, 8]. Według Juczyńskiego „ocena satysfakcji z życia jest wynikiem porównania własnej sytuacji z ustalonymi przez siebie standardami. Jeżeli wynik porównania jest zadowalający, to jego skutkiem jest odczucie satysfakcji” [6, 8]. Definicje jakości życia w perspektywie nauk medycznych koncentrują się na zjawiskach zdrowia i choroby. Jedną z pierwszych prób integracji jednolitej definicji „jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia” (*Heath Related Quality of Life* – HRQOL) – podjął się Schipper i jego wsp., definiując je „(...) jako funkcjonalny

efekt choroby i jej leczenia odbierany (przeżywany) przez pacjenta” [9-11]. Definicja HRQOL zyskała miano miary obiektywnej i obejmuje cztery domeny funkcjonowania człowieka – stan fizyczny i sprawność ruchową, stan psychiczny, sytuację społeczną i warunki ekonomiczne oraz doznania somatyczne [9]. Jednak definicja Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) jest nadrzędną definicją jakości życia, opierającą się na wielowymiarowej koncepcji zdrowia i obejmuje „indywidualny sposób postrzegania przez jednostkę ich pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemu wartości, w którym żyją oraz w odniesieniu do ich zadań, oczekiwań i standardów wyznaczonych uwarunkowaniami środowiskowymi” [12].

W niniejszej pracy podjęto próbę odpowiedzi na pytanie: „Jak chorzy postrzegają negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia i w jakim stopniu czynniki socjodemograficzne determinują stopień akceptacji choroby i poziom satysfakcji z życia wśród respondentów?”.

Cel badań

Analiza wpływu wybranych czynników socjodemograficznych na stopień akceptacji choroby i poziom satysfakcji z życia u pacjentów leczonych z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono na przełomie lat 2013 i 2014 wśród 96 chorych leczonych z powodu POChP w Szpitalu Powiatowym im. Jana Mikulicza w Biskupcu w Oddziale Internistyczno-Kardiologicznym. Udział chorych w badaniu był dobrowolny i anonimowy, a istotnym warunkiem wzięcia udziału w badaniach była potwierdzona klinicznie przewlekła obturacyjna choroba płuc. Jako metodę zastosowano sondaż diagnostyczny; narzędziem badawczym był kwestionariusz własnej konstrukcji, zawierający podstawowe dane socjodemograficzne takie jak: płeć, wiek, wykształcenie, status socjoekonomiczny, miejsce zamieszkania, czas trwania choroby, choroby współistniejące, liczbę hospitalizacji.

Do badania poczucia satysfakcji z życia zastosowano Skalę Satysfakcji z Życia (*The Satisfaction with Life Scale* – SWLS) autorstwa Ed. Diener & Lab., Robert A. Emmons, Randy J. Larsen i Sharon Griffin (polska adaptacja: Z. Juczyński). Kwestionariusz zawiera 5 stwierdzeń, na które osoba badana udzielała odpowiedzi na 7-stopniowej skali, które oznaczają: 1 – zupełnie nie zgadzam się, 2 – nie zgadzam się, 3 – raczej nie zgadzam się, 4 – ani się zgadzam ani nie zgadzam, 5 – raczej zgadzam się, 6 – zgadzam się, 7 – całkowicie zgadzam się. Właściwości psychometryczne SWLS są zadowalające. Dla wersji oryginalnej wskaźnik rzetelności (*alfa* Cronbacha) wynosił 0,87,

zaś korelacja między wynikami dwukrotnych badań, przeprowadzonych w odstępie dwóch miesięcy, okazała się niewiele niższa [6].

Stopień akceptacji choroby wśród ankietowanych oszacowano za pomocą Skali Akceptacji Choroby (*Acceptance of Illness Scale* – AIS) przygotowaną przez Barbarę J. Felton, Tracey A. Revenson i G. A. Hinrichsen (polska adaptacja: Z. Juczyński). Kwestionariusz zawiera 8 stwierdzeń, w każdym stwierdzeniu badany określał swój aktualny stan w skali pięciostopniowej. Suma wszystkich punktów jest ogólną miarą stopnia akceptacji swojej choroby, a jej zakres mieści się w obszarze od 8 do 40 punktów. AIS posiada dobre właściwości psychometryczne, dla której *alfa* Cronbacha wynosi 0,82, zaś wskaźnik stałości test – retest na przestrzeni siedmiu miesięcy 0,69 [6].

Analizy statystyczne przeprowadzono z wykorzystaniem programu komputerowego Statistica 10PL. Przyjęto 5% błąd wnioskowania i związany z nim poziom istotności $p \leq 0,05$ wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic bądź zależności.

Wyniki

W badaniu udział wzięło 96 chorych, w tym: 57 mężczyzn i 39 kobiet w wieku od 44 do 89 lat. Średnia wieku wynosiła $68 \pm 10,24$ lat. Najbardziej liczną grupą byli chorzy powyżej 61 lat ($n=80$; 83,34% badanych). Wysoki odsetek badanych utrzymywał się z emerytury (43,75%) i renty (41,67%). Większość badanych (59,37%) to mieszkańcy miast do 50 tys. mieszkańców, 31 osób (32,29%) wskazało wieś. Najliczniejszą grupę stanowili respondenci, którzy chorowali od 5 do 9 lat – 43 osoby (44,79%) i 33 osoby (34,38%) wskazały, że chorują dłużej niż 10 lat. Wśród badanych 37 osób (38,54%) zgłosiło, że występują u nich choroby współistniejące. Ponad połowa badanych (53,13%) było hospitalizowanych 3-4 razy w ciągu roku, 38 osób (39,58%) 1-2 razy.

Chcąc poznać negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia chorych leczonych z powodu POChP do badania zastosowano skalę akceptacji choroby (AIS), która zawiera osiem stwierdzeń i jest stosowana jako narzędzie pomiaru akceptacji choroby. Kwestionariusz zawierał 8 stwierdzeń, do których respondent miał się ustosunkować w skali 1-5. Im wyższy stopień akceptacji choroby, tym lepsze przystosowanie i mniejsze poczucie dyskomfortu psychicznego. Dla badanych osób zsumowano oceny i policzono ogólny wynik, który oznacza stopień akceptacji własnej choroby. W badanej grupie zakres wyników mieścił się w przedziale od 8 do 37 punktów. Wartość średnia ogólnego wskaźnika akceptacji choroby uzyskana dla wszystkich 96 pacjentów wynosiła $19,00 \pm 6,9$ i świadczyła raczej o przeciętnym stopniu akceptacji choroby przez pacjentów leczonych z powodu przewlekłej obturacyj-

nej choroby płuc. Zestawienie wyników uzyskanych w AIS przedstawia tabela I: wartości średnie (M) oraz odchylenia standardowe (SD).

Z przytoczonych danych w tab. I wynika, że przeciętna akceptacja stwierdzeń dotyczących negatywnych konsekwencji złego stanu zdrowia oscyluje w granicach od 1,59 do 3,20 tzn., że większość pacjentów „zgadza się” ze stwierdzeniami wchodzącymi w skład skali. Przeprowadzone badania wskazują, że chorzy z powodu swojego stanu zdrowia nie są w stanie robić tego, co najbardziej lubią ($1,59 \pm 0,89$), nigdy nie będą samowystarczalnymi w takim stopniu, w jakim chcieliby być ($1,73 \pm 0,97$), mają kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę ($1,81 \pm 0,85$), są bardziej zależni od innych niż tego chcą ($1,90 \pm 1,08$) – co oznacza, że w tych dziedzinach stopień akceptacji choroby jest niski.

Stwierdzenie „Mój stan zdrowia sprawia, że czuję się niepełnowartościowym człowiekiem”, uzyskało najwyższą wartość średnią ($3,20 \pm 1,38$), co oznacza, że w tej dziedzinie, zarówno chorzy jak i najbliższe osoby/rodzina, lepiej akceptują skutki choroby. W dalszej części pracy dokonano analizy wpływu zmiennych niezależnych na średni poziom wskaźnika akceptacji choroby według AIS i zamieszczono w tab. II.

W wyniku analizy stwierdzono, iż takie zmienne jak: płeć, wiek, częstość leczenia szpitalnego, status społeczno-zawodowy, miały istotny statystycznie wpływ na stopień akceptacji przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Jak się okazało, poziom akceptacji choroby wśród respondentów był zależny od płci na poziomie istotności statystycznej $p=0,015$ i u kobiet był wyższy ($20,4 \pm 6,64$) niż u mężczyzn ($17,4 \pm 6,90$). Kolejne zmienne mające wpływ na stopień akceptacji choroby to wiek badanych na poziomie istotności $p=0,02$, częstość leczenia szpitalnego $p=0,004$ i status społeczno-zawodowy $p=0,01$. Wśród zdefiniowanych zmiennych, takich jak: czas trwania choroby, obecność chorób współistniejących, wykształcenie i miejsce zamieszkania badanych, nie determinowały stopnia akceptacji choroby.

Satysfakcja z życia to zadowolenie z własnych osiągnięć i warunków życia, natomiast ocena satysfakcji z życia jest wynikiem porównania własnej sytuacji z ustalonymi przez siebie standardami. Zastosowany do jej badania kwestionariusz zawierał 5 stwierdzeń, do których respondent miał się ustosunkować w skali 1-7. Im wyższy wynik, tym większe poczucie zgodności z danym stwierdzeniem. Wynikiem pomiaru jest ogólny wskaźnik poczucia zadowolenia z życia. Dla badanych osób zsumowano oceny i policzono ogólny wynik, który oznacza stopień satysfakcji z własnego życia. Dla badanej grupy zakres wskaźnika zadowolenia z życia mieścił się w przedziale od 5 do 23 punktów. Średni wskaźnik satysfakcji z życia wynosił $17 \pm 3,80$

Tabela I. Akceptacja przewlekłej obturacyjnej choroby płuc
Table I. Acceptance of chronic obstructive pulmonary disease

Negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia (AIS)	M	SD
Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę (1-5)	1,81	0,85
Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię (1-5)	1,59	0,89
Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny (1-5)	2,68	1,39
Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę (1-5)	1,90	1,08
Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swej rodziny i przyjaciół (1-5)	2,77	1,27
Mój stan zdrowia sprawia, że czuję się niepełnowartościowym człowiekiem (1-5)	3,20	1,38
Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być (1-5)	1,73	0,97
Myślę, że ludzie przebywające ze mną, często są zakłopotani z powodu mojej choroby (1-5)	2,93	1,48
Ogólny wskaźnik akceptacji choroby (8-40)	19,00	6,9

Tabela II. Wyniki testów istotności wpływu czynników niezależnych na stopień akceptacji choroby wg AIS

Table II. Results of significance tests of impact of independent factors on degree of illness acceptance according to AIS

AIS	N=96	M	SD	Poziom istotności p<0,05
Płeć				
kobieta	39	20,4	6,64	U=786 p=0,015
mężczyzna	57	17,4	6,90	
Wiek (klasy)				
41-50 lat	6	23,0	6,93	H=10,75 p=0,02
51-60 lat	10	24,2	7,11	
61-70 lat	40	18,4	6,98	
71 lat i powyżej	40	16,7	5,97	
Czas trwania choroby				
od 1 do 4 lat	20	18,3	9,04	H=1,75 p=0,41
od 5 do 9 lat	43	19,7	7,04	
10 lat i powyżej	33	17,5	5,09	
Choroby współistniejące				
brak chorób współistniejących	59	19,5	7,36	U=430 p=0,14
obecność chorób współistniejących	37	17,2	6,02	
Częstość leczenia szpitalnego				
1-2 razy w roku	38	21,8	7,27	H=15,60 p=0,004
3-4 razy w roku	51	17,0	5,69	
5 razy i więcej	7	12,6	5,77	
Status społeczno-zawodowy				
pracuję zawodowo	8	24,8	7,70	H=11,3 p=0,01
nie pracuję	6	20,7	5,82	
jestem na rencie	40	19,5	7,34	
jestem na emeryturze	42	16,3	5,63	
Wykształcenie				
podstawowe	8	23,00	4,11	H=8,46 p=0,08
zawodowe	42	18,53	6,49	
średnie	27	17,22	6,15	
policealne/pomaturalne	19	18,89	9,34	
Miejsce zamieszkania				
wieś	31	18,2	7,27	H=0,68 p=0,71
miasto do 50 tys.	57	19,1	6,74	
miasto 51-100 tys.	8	16,8	7,42	

i świadczył o przeciętnie niskiej satysfakcji z życia w grupie badanych pacjentów. Tab. III zawiera wyniki statystyk opisowych: M – średnie z 96 respondentów i odpowiednie SD – odchylenie standardowe.

W przypadku stwierdzenia „W życiu osiągnąłem najważniejsze rzeczy, które chciałem” otrzymano naj-

Tabela III. Poczucie satysfakcji z życia

Table III. Satisfaction with life

Analizowane stwierdzenia SWLS	M	SD
Pod wieloma względami moje życie jest zbliżone do ideału (1-7)	2,13	0,65
Warunki mojego życia są doskonałe (1-7)	2,09	0,77
Jestem zadowolony z mojego życia (1-7)	4,31	1,50
W życiu osiągnąłem najważniejsze rzeczy, które chciałem (1-7)	4,69	1,10
Gdybym mógł jeszcze raz przeżyć swoje życie, to nie chciałbym nic zmienić (1-7)	3,61	1,26
Ogólny wskaźnik zadowolenia z życia (5-35)	16,83	3,76

wyższą średnią $4,69 \pm 1,10$ co sugeruje, że respondenci udzielali odpowiedzi bliskich ocenie pozytywnej, tzn. „raczej zgadzam się”. Na drugim miejscu znalazło się stwierdzenie „Jestem zadowolony z mojego życia” z oceną $4,31 \pm 1,50$. Najgorzej wypadła ocena elementu „Warunki mojego życia są doskonałe” z oceną $2,09 \pm 0,77$ oraz „Pod wieloma względami moje życie jest zbliżone do ideału”, ponieważ średnia skali ocen wynosiła tylko $2,13 \pm 0,65$, a to oznacza, że szala odpowiedzi przechyliła się w stronę nie zgadzania się z tymi stwierdzeniami. W celu uzyskania odpowiedzi na pytanie o odsetek wyników niskich, przeciętnych czy wysokich, przeliczono wskaźniki na odpowiednią skalę stenową (SWLS: tymczasowe normy polskie – dorośli 1998-1999 wg Juczyńskiego) [6]. Steny w granicach 1-4 świadczą o wynikach niskich, 5-6 o wynikach przeciętnych (średnich), zaś w granicach 7-10 traktowane są jako wysokie. Niską oceną satysfakcji z życia charakteryzowało się aż 54% ($n=52$) chorych, wyniki pozostałych 46% ($n=44$) pacjentów świadczą o przeciętnej satysfakcji z życia. W grupie badanej nie było osób, które wskazałyby, że ich poziom satysfakcji z życia jest wysoki.

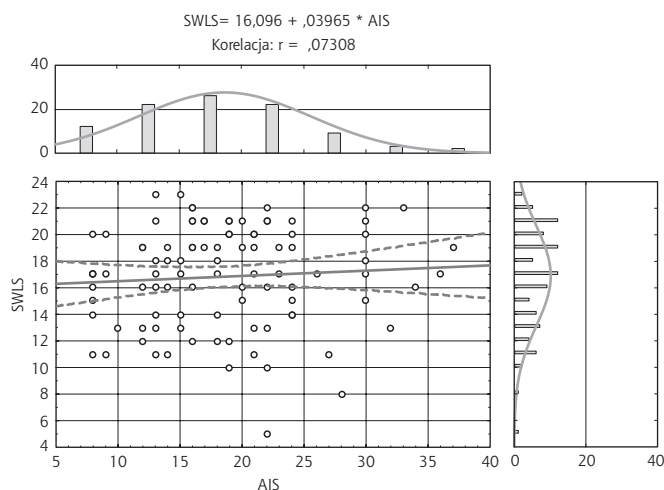
W dalszej części pracy dokonano analizy wpływu zmiennych niezależnych takich jak: płeć, wiek, czas trwania choroby, występowanie chorób współistniejących, częstość leczenia szpitalnego, ocenę obecnego stanu zdrowia, status społeczno-zawodowy, wykształcenie, miejsce zamieszkania, ocenę sytuacji finansowej/materialnej badanych na średni poziom

wskaźnika satysfakcji z życia według SWLS. W analizach statystycznych zastosowano test ANOVA rang Kruskala-Wallisa (dla trzech grup) oraz test U Manna-Whitney'a (dla dwóch grup).

Po przeprowadzeniu szczegółowej analizy stwierdzono, że w sposób istotny statystycznie, na poziom satysfakcji z życia respondentów ma wpływ czas trwania choroby i obecność chorób współistniejących. Im dłuższy czas trwania choroby, tym poziom satysfakcji z życia badanych był istotnie statystycznie niższy ($p=0,045$). Jak widać, poziom satysfakcji z życia był zależny od obecności chorób współistniejących na poziomie istotności statystycznej $p=0,02$. Osoby nie zgłaszające występowania chorób współistniejących mają istotnie statystycznie wyższy poziom satysfakcji z życia ($17,5 \pm 3,68$), niż osoby zgłaszające istnienie chorób współistniejących ($15,8 \pm 3,69$). Kolejne zmienne mające wpływ na poziom satysfakcji z życia to wykształcenie badanych na poziomie istotności $p=0,0003$ i miejsce zamieszkania $p=0,003$.

Z zestawienia danych (tab. IV) wynika, że zmienne niezależne takie jak: płeć, wiek, częstość leczenia szpitalnego, status społeczno-zawodowy nie mają istotnego statystycznie wpływu na poziom satysfakcji z życia chorych z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc.

Aby poznać całościowy obraz zagadnienia wykonano analizę badanej próby z punktu widzenia dwóch cech: stopnia akceptacji choroby (AIS) i poziomu satysfakcji z życia (SWLS), oraz sprawdzono czy te cechy pozostają ze sobą w związku. W celu sprawdzenia powiązania tych zmiennych oraz określenia siły, kształtu i kierunku związku policzono współczynnik korelacji liniowej Pearsona. Analizując związek pomiędzy stopniem akceptacji choroby a poziomem wskaźnika satysfakcji z życia uznano, że korelacja na poziomie $r=0,073$ oraz $p=0,48$ pozwala na stwierdzenie braku związku pomiędzy stopniem akceptacji choroby a wskaźnikiem poczucia zadowolenia z życia (ryc. 1).



Ryc. 1. Korelacja pomiędzy SWLS oraz AIS

Fig. 1. Correlation between SWLS and AIS

Tabela IV. Wpływ zmiennych niezależnych na średni poziom wskaźnika satysfakcji z życia wg SWLS
Table IV. Effect of independent variables on mean level of Satisfaction with Life Index

SWLS	N= 96	M	SD	Poziom istotności $p \leq 0,05$
Płeć				
kobieta	39	16,6	3,55	U=1040 $p=0,59$
mężczyzna	57	17,1	3,9	
Wiek (klasy)				
41-50 lat	6	17,5	4,14	H=0,91 $p=0,82$
51-60 lat	10	17,3	4,11	
61-70 lat	40	16,4	4,15	
71 lat i powyżej	40	17,0	3,27	
Czas trwania choroby				
od 1 do 4 lat	20	18	3,06	H=6,21 $p=0,045$
od 5 do 9 lat	43	17,2	3,92	
10 lat i powyżej	33	15,6	3,68	
Występowanie chorób współistniejących				
brak chorób współistniejących	59	17,5	3,68	U=791 $p=0,02$
obecność chorób współistniejących	37	15,8	3,69	
Częstość leczenia szpitalnego				
1-2 razy w roku	38	17,8	3,18	H=4,45 $p=0,11$
3-4 razy w roku	51	16,1	3,94	
5 razy i więcej	7	16,4	4,58	
Status społeczno-zawodowy				
pracuję zawodowo	8	18,5	2,45	H=2,81 $p=0,4$
nie pracuję	6	16,8	4,07	
jestem na rencie	40	16	4,43	
jestem na emeryturze	42	17,3	3,09	
Wykształcenie				
podstawowe	8	12,9	3,68	H=18,53 $p=0,0003$
zawodowe	42	15,9	3,86	
średnie	27	17,9	3,15	
policealne/pomaturalne	19	19,1	2,14	
Miejsce zamieszkania				
wieś	31	15,0	3,88	H=11,8 $p=0,003$
miasto do 50 tys.	57	17,5	3,43	
miasto 51-100 tys.	8	19,0	2,88	

Dyskusja

Przeprowadzone badania dowiodły, że osoby z POChP zmagają się z wieloma problemami i trudnościami. Sposób zmagania się z negatywnymi konsekwencjami i stopień akceptacji choroby wśród badanych był determinowany przez płeć i wiek, częstość leczenia szpitalnego, status społeczno-zawodowy. W badanej grupie średni wskaźnik akceptacji choroby wyniósł $19,00 \pm 6,9$ i świadczył o przeciętnym poziomie akceptacji choroby. Był zależny od płci na poziomie istotności statystycznej $p=0,015$. Wśród kobiet wyniósł $20,4 \pm 6,64$, natomiast wśród mężczyzn był niższy – $17,4 \pm 6,90$. Nieco wyższe wyniki otrzymano w badaniach prowadzonych przez Majdę i Józefowską w grupie 105 pacjentów z POChP hospitalizowanych z powodu zaostrzenia choroby w wybranych oddziałach pulmonologicznych na terenie Śląska. W badanej grupie średni wskaźnik akceptacji choroby był na poziomie 20,6 punktów i świadczył o przeciętnym

stopniu akceptacji choroby. Wśród kobiet był znacznie wyższy i wynosił 24,6, a dla mężczyzn był na poziomie 18,9 [13]. Kowalczyk-Sroka i wsp. przedstawili podobne wyniki na temat poziomu akceptacji choroby [13, 14]. Jak wynika ze światowych doniesień epidemiologicznych POChP w przeważającej większości dotyka mężczyzn, chociaż w ostatnich latach zaobserwowano wzrost zachorowań w grupie kobiet [13, 15]. Choroba ma istotny wpływ na życie pacjentów ze względu na swój przewlekły charakter, zróżnicowane objawy i częstość zaostrzeń. Analizowane wyniki badań własnych poczucia satysfakcji z życia chorych z POChP były zróżnicowane. Aż 54% (n=52) chorych cechowało się niską oceną satysfakcji z życia, pozostałe 46% (n=52) wskazało na przeciętny poziom. W grupie badanej nie było osób, które uznałyby, że ich poziom satysfakcji z życia jest wysoki. Analizując je pod względem danych socjodemograficznych zauważa się, że na poziom poczucia satysfakcji z życia znacząco wpływał czas trwania choroby i obecność chorób współistniejących. Dowiedziono, że im dłuższy czas trwania choroby, tym poziom satysfakcji z życia badanych był istotnie statystycznie niższy (p=0,045). Podobnie w badaniach Kieczki stwierdzono, że im dłuższy czas trwania choroby, tym większa liczba chorych poddaje się jej negatywnemu wpływowi [16]. W badaniach własnych 38,54% (n=37) respondentów wskazało na występowanie chorób towarzyszących, a ich stopień satysfakcji z życia był zależny od obecności chorób współistniejących na poziomie istotności statystycznej p=0,02. W badaniach prowadzonych przez Mapel i wsp. w grupie 200 pacjentów z POChP wykazano, że najczęściej u chorych występowały: choroby serca (65%), nadciśnienie tętnicze (45%), choroba wrzodowa żołądka (32%), rak (18%), choroby psychiczne (17%), cukrzyca (12%), a średnio w tej grupie na jednego pacjenta przypadało 3,7 choroby współistniejącej w stosunku do 1,8 dla kontrolnej grupy. Tylko 6% pacjentów z POChP nie

miało żadnej choroby współistniejącej [17]. Wyniki badań własnych jasno ukazują zależności poczucia satysfakcji z życia chorych od wykształcenia na poziomie istotności p=0,0003 i miejsca zamieszkania p=0,003. W badaniach Bąk-Drabik i Ziara wykazano, że osoby z wyższym wykształceniem posiadają istotnie wyższy poziom jakości życia w domenie społecznej niż osoby z wykształceniem średnim, zawodowym lub podstawowym. Stwierdzono jednoznacznie, że niski poziom edukacji ma negatywny wpływ na jakość życia chorych z POChP [18]. W badaniu autorów niniejszej pracy nie odnotowano wpływu wieku chorych na jakość ich życia, natomiast w opinii innych badaczy zaawansowany wiek jest istotnym czynnikiem wpływającym na obniżenie jakości życia w POChP [19-22]. Przeprowadzone badania dowiodły, że brak jest związku pomiędzy stopniem akceptacji choroby, a wskaźnikiem poczucia zadowolenia z życia wśród respondentów. Na podstawie wyników badań własnych i przeglądu literatury można stwierdzić, że przewlekła obturacyjna choroba płuc zawsze, choć w różnym zakresie, pogarsza jakość życia osoby dotkniętej tą chorobą.

Wnioski

1. Czynnikiem modyfikującym stopień akceptacji choroby w grupie badanej jest: płeć i wiek chorych, częstość leczenia szpitalnego oraz status społeczno-zawodowy, natomiast czas trwania choroby, obecność chorób współistniejących, wykształcenie i miejsce zamieszkania nie determinowały stopnia akceptacji choroby.
2. Poziom satysfakcji z życia chorych z POChP był zależny od czasu trwania choroby, występowania chorób współistniejących, wykształcenia i miejsca zamieszkania.
3. Nie odnotowano związku pomiędzy stopniem akceptacji choroby a wskaźnikiem poczucia zadowolenia z życia wśród badanych chorych.

Piśmiennictwo / References

1. Jassem E. Chory na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP) w opiece lekarza rodzinnego. *Pneumonol Alergol Pol* 2014, 82(supl 2): 11-21.
2. Górecka D, Jassem E, Pierzchała W, Śliwiński P. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dotyczące rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP). *Pneumonol Alergol Pol* 2012, 80: 220-254.
3. Górecka D, Puścińska E. Profilaktyka przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. *Pneumonol Alergol Pol* 2011, 79(3): 239-245.
4. Gibson GJ, Loddenkemper R, Lundback B, Sibille Y. Respiratory health and disease in Europe: the new European Lung White Book. *Eur Respir J* 2013, 42: 559-563.
5. Lopez AD, Shibuya K, Rao C, et al. Chronic obstructive pulmonary disease: current burden and future projections. *Eur Respir J*. 2006, 27: 397-412.
6. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2009: 128-132.
7. Jaracz K. Sposoby ujmowania i pomiaru jakości życia. Próba kategoryzacji. *Pielęg Pol* 2001, 2(12): 219-226.
8. Kanady K, Lewicka M, Sulima M, Surdyka D, Wiktor H. Analiza poziomu satysfakcji z życia kobiet w okresie okołomenopauzalnym zależnie od wybranych czynników socjodemograficznych. *Med Og Nauk Zdr* 2014, 20(1): 42-45.
9. Trzebiatowski J. Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych. *Hygeia Public Health* 2011, 46(11): 25-31.
10. De Walden-Gałaszko K, Majkiewicz M. Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wyd Uniw Gdańskiego, Gdańsk 1994.

11. Schipper H. Quality of life: Principles of the clinical paradigm. *J Psychosocial Oncol* 1990, 8(23): 171-185.
12. Tobiasz-Adamczyk B. Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby. Wyd Uniw Jagiellońskiego, Kraków 2000: 250-251.
13. Majda A, Józefowska H. Zasoby osobiste pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. *Probl Pielęg* 2009, 17(4): 283-293.
14. Kowalczyk-Sroka B, Marmurowska-Michałowska H, Knap M. Stopień akceptacji przewlekłej obturacyjnej choroby płuc a wsparcie społeczne. *Via Medica*, Gdańsk 2007, 2: 98-102.
15. Rowińska-Zakrzewka E. Pneumonologia – postępy 2007. *Med Prakt* 2008, 2: 60-79.
16. Kieczka K. Jakość życia chorych na astmę i przewlekłą obturacyjną chorobę płuc mieszkających w województwie mazowieckim i lubelskim. *Pielęg XXI w.* 2010, 1-2: 30-31.
17. Mapel DW, Hurley JS, Frost FJ, et al. Health care utilization in COPD: a case control study in a health maintenance organization. *Arch Intern Med* 2000, 160: 2653-2658.
18. Bąk-Drabik K, Ziara D. Wpływ statusu socjoekonomicznego na jakość życia chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. *Pneumonol Pol* 2010, 78(1): 3-13.
19. McSweeney AJ, Grant I, Heaton RK, Adams KM, Times RM. Life quality of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med* 1982, 142: 473-478.
20. Ketelaars CA, Schlosser MA, Mostert R, Huyer Abu-Saad H, Halfens RJ, Wouters EF. Determinants of health-related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 1996, 51: 39-43.
21. Stahl E, Lindberg A, Jansson S, et al. Health related quality of life is related to COPD disease severity. *Health Qual Life Outcomes* 2005, 9: 3-56.
22. Tsukino M, Nishimura K, Ikeda A, Koyama H, Mishima M, Izumi T. Physiologic factors that determine the health related quality of life in patients with COPD. *Chest* 1996, 110: 896-903.