

# Poczucie osamotnienia wśród pacjentów z przewlekłymi schorzeniami płuc. Część 1. Poczucie osamotnienia w bliskich związkach

## Loneliness among patients with chronic lung diseases. Part 1. Loneliness in close relationships

MONIKA KORNASZEWSKA-POLAK<sup>1/</sup>, URSZULA MARCINKOWSKA<sup>2/</sup>, AGATA SKRZYŃSKA-RAFAŁOWSKA<sup>3/</sup>, PAWEŁ ROGOZIŃSKI<sup>4/</sup>

<sup>1/</sup> Instytut Psychologii Wyższej Szkoły Humanitas w Sosnowcu

<sup>2/</sup> Katedra i Zakład Medycyny i Epidemiologii Środowiskowej, Wydział Lekarski z Oddziałem Dentystycznym w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

<sup>3/</sup> Oddział Chorób Płuc i Gruźlicy, Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej

<sup>4/</sup> Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej, Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej

**Wprowadzenie.** Pacjenci cierpiący na przewlekłe schorzenia płuc, doświadczający intensywnych objawów choroby i długotrwałego procesu leczenia, są narażeni na podwyższone ryzyko wystąpienia problemów psychicznych oraz emocjonalnych, opisywanych łącznie jako poczucie osamotnienia.

**Cel.** Określenie poziomu poczucia osamotnienia w obszarze relacji romantyczno-seksualnych wśród pacjentów chorujących na przewlekłe schorzenia płuc.

**Materiały i metody.** Przebadano 76 pacjentów chorych na przewlekłe choroby płuc: gruźlicę, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POCHP), nowotwory, pylicę. Średni wiek badanych 57,5 lat (41-74 lata). Do zbadania poziomu osamotnienia u pacjentów użyto Skali Osamotnienia DLS (wersja Nonstudent), która jest metodą samooceny poczucia osamotnienia i społecznej dysatisfakcji u osób dorosłych. Skala DLS składa się z 60 zdań twierdzących, opisujących cztery rodzaje relacji: 1. romantyczno-seksualne, 2. przyjacielskie, 3. rodzinne oraz 4. kontakty społeczne.

**Wyniki.** Osamotnienie było doświadczane w różnego typu relacjach interpersonalnych, jednak najdotkliwiej było odczuwane w bliskich związkach (relacje romantyczno-seksualne), gdzie deklarowało je 53% pacjentów. Badania wskazały na istotne statystycznie różnice dotyczące czynnika płci; badani mężczyźni częściej doświadczali zupełnej izolacji, zwłaszcza podczas diagnozy; badane kobiety otrzymywały więcej wsparcia od partnerów oraz lepiej komunikowały się w związku. Badania potwierdziły, iż grupą szczególnie zagrożoną wysokim poczuciem osamotnienia i izolacji w bliskich relacjach są osoby starsze, około 60 r.ż.

**Wnioski.** Osoby chore na przewlekłe schorzenia płuc wykazały stosunkowo wysoki poziom poczucia osamotnienia w obszarze relacji romantycznych. Najbardziej narażeni na osamotnienie byli mężczyźni około 60 r.ż. Poczucie osamotnienia okazało się istotnym czynnikiem ryzyka pogłębiania się choroby terminalnej u pacjentów.

**Słowa kluczowe:** poczucie osamotnienia, relacje intymne, nowotwory, gruźlica, POChP

**Introduction.** Patients suffering from chronic lung disease, experiencing intense symptoms and prolonged treatment process, are exposed to an increased risk of mental and emotional health problems, described as the feeling of loneliness.

**Aim.** Determination of the level of loneliness in the area of intimate partner relationships among patients with chronic lung disease.

**Material and method.** 76 patients suffering from chronic obstructive pulmonary disease (tuberculosis, COPD, cancer, silicosis) were examined during the study. The mean age was 57.5 years (the age range between 41 and 74 years). The Nonstudent Differential Loneliness Scale (DLS) was used to investigate the level of loneliness among patients. DLS is a method of self-assessment of loneliness and social dissatisfaction in adults. The DLS scale consists of 60 affirmative sentences, describing four types of relationships: 1. romantic-sexual, 2. friendship, 3. family and 4. social contacts.

**Results.** Loneliness was experienced in various types of interpersonal relationships, but was felt the hardest in close relationships (romantic-sexual), where it was declared by 53% of the patients. The study showed statistically significant differences in the gender factor; the surveyed men were more likely to experience complete isolation, especially during diagnosis, while the surveyed women received more support from partners and better communicated in their relationships. The studies have confirmed that elderly people about 60 years of age are a group particularly vulnerable to a high sense of loneliness and isolation in close relationships.

**Conclusions.** People with chronic lung disease have shown relatively high levels of loneliness in the area of intimate partner relationships. Men aged about 60 years were the most vulnerable to loneliness. Loneliness turned out to be an important risk factor for deterioration of terminal illness in patients.

**Key words:** loneliness, intimate relationships, cancer, tuberculosis, COPD

## Wprowadzenie

Pacjenci cierpiący na przewlekłe schorzenia płuc, w tym choroby nowotworowe i gruźlicę, doświadczający intensywnych objawów choroby i długotrwałego procesu leczenia, są narażeni na podwyższone ryzyko wystąpienia problemów psychicznych oraz emocjonalnych, opisywanych łącznie jako poczucie osamotnienia. Poczucie osamotnienia jest traktowane jako konstytutywny element ludzkiego życia, określa się je wówczas mianem przeżycia egzystencjalnego [1, 2]. Jest ono jednak różnorodnie przeżywane w wymiarze subiektywnym i może być przyczyną indywidualnego cierpienia. W definicjach samotności najczęściej zwraca się uwagę, iż jest to „trwały stan emocjonalnego dystresu wzbudzany wówczas, gdy osoba czuje się odseparowana, niezrozumiana lub odrzucona przez innych” [3].

W literaturze w odniesieniu do problemu samotności funkcjonuje kilka podziałów systematyzujących. Podziału zjawiska osamotnienia na emocjonalne i społeczne dokonał R. Weiss, a podział ten potwierdzili w badaniach dotyczących samotności K. Cramer i J. Barry, którzy wyodrębnili – poza wspomnianymi dwoma wymiarami – samotność rodzinną oraz negatywną emocjonalność [4, 5].

Innym rodzajem podziału jest odróżnienie samotności obiektywnej i subiektywnej. Ta pierwsza, nazywana także samotnością fizyczną, charakteryzuje się faktycznym ograniczeniem kontaktów z innymi osobami, niesatysfakcjonującymi kontaktami społecznymi oraz brakami w komunikacji. Samotność subiektywna natomiast odnosi się do wewnętrznych odczuć jednostki, której indywidualne potrzeby nie są zaspokajane w sposób wystarczający i zadowalający, która czuje się w związku z tym niezrozumiana, bezwartościowa i bez znaczenia dla innych [4, 6]. Zatem niezaspokojenie potrzeb bliskości prowadzi do zachwiania równowagi wewnętrznej i dyskomfortu, który określa się mianem osamotnienia [7]. Poczucie osamotnienia jest przykrym, niepożądanym doznaniem, które nie pozwala na czerpanie radości z życia, niweluje odczuwanie szczęścia oraz znacząco obniża jakość życia, co szczególnie obserwuje się wśród starszych osób chorujących na przewlekłe schorzenia [8].

Nie bez znaczenia jest fakt, iż osamotnienie poza skutkami emocjonalnymi wywołuje szereg schorzeń somatycznych; jest czynnikiem ryzyka występowania otyłości oraz zespołu metabolicznego, chorób naczyniowo-sercowych, jak również wpływa na poziom odporności organizmu [9-11]. Znaczenie poczucia osamotnienia uwidacznia się szczególnie w przypadku chorób przewlekłych, do których zalicza się również choroby płuc: gruźlicę, pylicę, astmę oskrzelową, no-

wotwory czy POChP (przewlekła obturacyjna choroba płuc).

Artykuł prezentuje pierwszą część analizy dotyczącą relacji intymnych i poczucia osamotnienia u osób przewlekłe chorych.

## Cel

Określenie poziomu oraz próba charakterystyki poczucia osamotnienia w obszarze bliskich relacji, a zwłaszcza relacji romantycznych wśród pacjentów chorujących na przewlekłe schorzenia płuc.

W Polsce niemal nie występują badania dotyczące zjawiska osamotnienia w chorobach przewlekłych, zwłaszcza w terminalnych chorobach płuc. Prezentowane badanie miało za zadanie wypełnić tę lukę.

## Materiały i metody

W badaniu wzięło udział ponad 100 pacjentów chorych na przewlekłe choroby płuc przebywających na oddziałach leczenia chorób płuc w Centrum Pulmologii i Torakochirurgii w Bystrej. Od 76 pacjentów uzyskano wypełnione kwestionariusze (co należy uznać za dość wysoki wynik ze względu na niechęć osób hospitalizowanych, zwłaszcza starszych, do wypełniania rozbudowanych kwestionariuszy). Najliczniejszą grupę wśród badanych pacjentów stanowiły osoby chore na gruźlicę (65%), następnie chorujące na nowotwory (20%), astmę oskrzelową (10%) oraz pylicę płuc (5%). Wśród badanych 44% stanowiły kobiety. Średni wiek badanych osób wyniósł 57,5 roku (41-74 lata). Pacjenci w 13,5% legitymowali się wykształceniem podstawowym, w 39% wykształceniem zawodowym, w 36% średnim, w 8% wyższym, reszta badanych nie podała wykształcenia. Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania: 35% zamieszkiwało wieś, 30% mniejsze miasto, 30% duże miasto, 5% nie udzieliło odpowiedzi. Średnio pacjenci przebywający w szpitalu chorowali na chorobę płuc 11 miesięcy, natomiast średni okres pobytu w szpitalu wynosił 4 tygodnie.

Do badania poziomu osamotnienia u pacjentów użyto Skali Osamotnienia DLS (*Differential Loneliness Scale* – wersja *Nonstudent*) N. Schmidta i V. Sermata, która jest metodą samooceny poczucia osamotnienia i społecznej dyssatisfakcji u osób dorosłych nie będących studentami [12]. Wybrano do badania to narzędzie, pomimo kilku innych aktualnie stosowanych, np. Skali Osamotnienia UCLA czy Skali do pomiaru poczucia samotności De Jong Gierveld, dlatego iż skala ta różnicuje zjawisko osamotnienia w relacjach o różnym typie bliskości: począwszy od relacji intymnych z partnerem, poprzez relacje z rodziną i przyjaciółmi, kończąc na relacjach o szerokim spektrum społecznym (kontakty społeczne) [13, 14].

W badaniach amerykańskich osiągnięto wysokie wartości rzetelności i trafności skali DLS. Spójność wewnętrzna skali jest wysoka, z współczynnikiem Kuderera-Richardsona równym 20 (KR20), w zakresie od 0,90 do 0,92. Dane te wskazują na jednorodny test. Współczynniki test-retest: 0,85 dla mężczyzn i 0,97 dla kobiet. Rzetelność poszczególnych podskal wynosiła: romantyczno-seksualna 0,71; relacji rodzinnych 0,70; relacji przyjacielskich 0,72; kontaktów społecznych 0,73. W badanych grupach nie studenckich, zadano pojedyncze pytanie o samotność: „Jak, przeciętnie ujmując, czujesz się samotny?” Osoby odpowiadały na 10-punktowej skali, począwszy od „nigdy” (1) po „cały czas” (10). Ta zmienna została skorelowana z wynikiem DLS i otrzymano następujące rezultaty: dla mężczyzn (poniżej 25 r.ż.)  $r=0,45$ , dla starszych mężczyzn  $r=0,58$ , dla młodszych kobiet  $r=0,55$ , dla starszych kobiet  $r=0,45$  (wszystkie wartości  $r$  były istotne z  $p<0,001$ ). Sugeruje to, że pozycje skali, które nie zawierają słowa „samotność” faktycznie mierzą pewien rodzaj niezadowolenia związanego z uczuciem samotności.

Z powodu wspomnianego szerokiego spektrum badanych relacji wybrana skala DLS wydaje się narzędziem wyjątkowo trafnie oceniającym natężenie poczucia osamotnienia w różnych aspektach więzi interpersonalnych, dzięki czemu przeprowadzone badania mają charakter innowacyjny.

Dokonano polskiej adaptacji testu, której głównym celem było opracowanie metody służącej do pomiaru subiektywnego poczucia braku satysfakcji w różnego typu relacjach [15]. Tłumaczenie Skali Osamotnienia DLS na język polski zostało wykonane w Instytucie Psychologii Wyższej Szkoły Humanitas w Sosnowcu. Oryginalną wersję narzędzia badawczego przetłumaczyło dwóch tłumaczy, dzięki czemu utworzono wstępną wersję kwestionariusza polskojęzycznego. W kolejnym etapie dokonano retranslacji skali (*back-translation*), tłumaczenie to zostało porównane z pierwotną wersją kwestionariusza przez zespół ekspertów, którzy ustalili wysoki stopień zgodności pomiędzy wersją oryginalną a tłumaczeniem wersji polskiej.

Skala DLS jest narzędziem złożonym z 60 zdań twierdzących. Część zdań ma charakter twierdzeń wprost (treść odzwierciedla brak zadowolenia z kontaktów społecznych), a część – twierdzeń nie wprost (treść odzwierciedla satysfakcję z kontaktów z innymi). Badany ma za zadanie ustosunkować się do każdego twierdzenia, wybierając jedną z odpowiedzi: TAK lub NIE. Poszczególne podskale dotyczą odpowiednio relacji: 1. romantyczno-seksualnych, 2. przyjacielskich, 3. rodzinnych i 4. kontaktów społecznych. Przykładowe stwierdzenia z wymienionych podskal:

1. relacje romantyczno-seksualne: „Rzadko mam poczucie emocjonalnego bezpieczeństwa w związkach”,
2. przyjacielskie: „Niewielu z moich przyjaciół rozumie mnie w sposób, w jaki chciałbym być rozumiany”,
3. rodzinne: „Moja rodzina jest dość krytyczna wobec mnie” i
4. kontakty społeczne: „Nikt w moim otoczeniu nie dba o mnie”. Badanie Skalą DLS pozwala uzyskać zarówno globalny wskaźnik osamotnienia, który mieści się w przedziale od 0 (niskie poczucie osamotnienia) do 60 (wysokie poczucie osamotnienia), ale także partykularne wskaźniki dotyczące 4 poszczególnych rodzajów relacji w przedziałach od 0 do 8/22 (w zależności od podskali).

Obok Skali DLS zastosowano 10 pytań autorskich dotyczących sytuacji socjodemograficznej badanych oraz sytuacji pacjentów związanej z pobytem w szpitalu.

## Wyniki

Poniżej przedstawiono uzyskane sumy punktów dla poszczególnych podskal oraz wynik ogólny dla wszystkich podskal łącznie. Wyodrębniono również poziomy osamotnienia w zależności od podskali (tab. I). Wyniki sugerują, iż – wg przyjętych założeń analizy – ponad połowa badanych pacjentów ma niski poziom osamotnienia (64%), niemniej jednak także 1/3 badanych doświadcza osamotnienia w stopniu umiarkowanym (32%). Podobne wyniki ukazuje podskala Relacji z rodziną; wielu pacjentów ma niski poziom osamotnienia w kontaktach rodzinnych, a 1/5 przeżywa osamotnienie w stopniu średnim. Natomiast wyniki kolejnych podskal wskazują na wyższy poziom zróżnicowania. Podskale Relacji z przyjaciółmi i Relacji społecznych wskazują, iż 1/3 pacjentów doświadcza osamotnienia i są oni pozbawieni intensywnych więzi społecznych i przyjacielskich, a także część z nich doświadcza samotności w dużym stopniu. Najbardziej zastanawiający wynik ukazuje podskala Relacji romantyczno-seksualnych: około połowy badanych osób przeżywa średni poziom osamotnienia w bliskich, intymnych relacjach z partnerem, a także pewna ilość tych pacjentów (7%) przeżywa osamotnienie w stopniu głębokim.

Jak ukazują odpowiedzi na poszczególne pytania podskali Relacji z partnerem (tab. II) poziom subiektywnego poczucia osamotnienia waha się osiągając wartości od 26% (zgodność w związku) do 49% (pożycie seksualne). Trzy obszary współżycia intymnego w związkach badanych pacjentów wskazują na osłabienie: behawioralny (działanie), poznawczy (rozumienie) i emocjonalny (uczucia). Najbardziej zagrożony wydaje się być poziom współdziałania, gdzie osamotnienia doświadcza połowa pacjentów w obszarze życia seksualnego (49%) oraz

Tabela I, Ocena poziomu osamotnienia pacjentów chorych przewlekle na choroby płuc z podziałem na podskale  
 Table I, Evaluation of level of loneliness in patients with chronic lung diseases divided into subscales

Podskala /Subscale	M	SD	Zakres punktacji – poziom osamotnienia /scope of scoring – level of loneliness	% badanych /% of respondents
Relacje romantyczno-seksualne /Romantic–sexual relationships (max=12)	4,40	2,60	1-4 – niski /low 5-8 – średni /average 9-12 – wysoki /high	47 46 7
Relacje z rodziną /Relationships with family (max=18)	3,56	2,91	1-5 – niski /low 6-11 – średni /average 12-15 – wysoki /high	80 18 2
Relacje z przyjaciółmi /Friendships (max=22)	5,81	3,69	1-6 – niski /low 7-14 – średni /average 15-22 – wysoki /high	65 33,5 1,5
Relacje społeczne /Relationships with larger groups (max=8)	1,95	1,65	0-2 – niski /low 3-5 – średni /average 6-8 – wysoki /high	63,5 32,5 4
Wynik ogólny /Overall score (max=60)	15,59	8,17	0-24 – niski /low 25-56 – średni /average 57-60 – wysoki /high	64 32 4

Tabela II. Wyniki dla podskali relacji romantyczno-seksualnych  
 Table II. Results for intimate partner relationships subscale

Stwierdzenie /Statement	Tak /Yes [%]	Nie /No [%]
1. W tej chwili nie pozostaję w żadnym związku partnerskim, który dużo by dla mnie znaczył /At this time, I am not in a romantic relationship that means a great deal to me	<b>30</b>	70
2. Jestem obecnie zaangażowany(a) w partnerski/małżeński związek, w którym oboje podejmujemy wysiłek na rzecz wzajemnej współpracy /I am now involved in a romantic or marital relationship where both of us make a genuine effort at cooperation	58	<b>42</b>
3. Trudno jest mi powiedzieć, że kogoś kocham /I find it difficult to tell anyone that I love them	<b>27</b>	73
4. Mam ważny wpływ na emocjonalne i fizyczne samopoczucie mojego partnera/małżonka / I am an important part of the emotional and physical well-being of my partner or spouse	65	<b>35</b>
5. Mam partnera/małżonka, który zaspokaja wiele moich potrzeb emocjonalnych /I have a partner/spouse who fulfills many of my emotional needs	65	<b>35</b>
6. Obecnie nie ma dużej zgodności w moim związku partnerskim/małżeńskim /Right now, there is no true compatibility in my romantic or marital relationship	<b>26</b>	74
7. Mój partner/małżonek daje mi dużo wsparcia i zachęty do działania /My romantic or marital partner gives me much support and encouragement	58	<b>42</b>
8. Ludzie, którzy mówią, że mnie kochają, zazwyczaj próbują tylko wykorzystać mnie do własnych celów /People who say they love me are usually only trying to rationalize using me for their own purposes	<b>28</b>	72
9. Nie miałem (miałam) żadnego szczególnego związku partnerskiego, w którym czułbym się (czułabym się) naprawdę zrozumiany(a) /I have not had any special love relationship in which I felt really understood	<b>38</b>	62
10. Mam aktywne życie seksualne /I have an active love life	51	<b>49</b>
11. Staram się dobrze dogadywać z partnerami w moich związkach /I tend to get along well with partners in romantic relationships	62	<b>38</b>
12. Rzadko mam poczucie emocjonalnego bezpieczeństwa w związkach miłosnych/seksualnych /I seldom get emotional security I need from a romantic or sexual relationship	<b>46</b>	54

\* pogrubioną czcionką zaznaczono odpowiedzi mające znaczenie diagnostyczne /diagnostic answers are shown in bold

w obszarze wsparcia i wysiłku na rzecz wzajemnej współpracy (42%). W drugiej kolejności stabilność więzi zostaje naruszona w obszarze współrozumienia, gdzie ponad 1/3 pacjentów nie czuje się rozumiana przez partnera oraz słabo komunikuje się z partnerem (po 38%). Ostatecznie zachwianiu ulega więź uczuciowa – połowie pacjentów brakuje bezpieczeństwa emocjonalnego w związku (46%), a 1/3 doświadcza braku zaspokojenia potrzeb emocjonalnych i braku wpływu emocjonalnego na partnera relacji.

Dodatkowo zestawiono uzyskane rezultaty z płcią i wiekiem badanych. Nie wykazano istotnego statystycznie związku poziomu osamotnienia z wiekiem pacjentów (na żadnej z podskal oraz w wyniku ogólnym). Związek pomiędzy podskalami DLS a płcią badanych osób okazał się istotny statystycznie w przypadku dwóch stwierdzeń, w których wykazano różnice pomiędzy postawami kobiet i mężczyzn. Zdaniem 59% kobiet ich partnerzy dają im dużo wsparcia i zachęty do działania, natomiast tezę tę potwierdza je-

dynie 41% mężczyzn ( $p < 0,05$ ). Ponadto stwierdzono, iż 64% kobiet stara się dobrze komunikować ze swymi partnerami w związkach, a jedynie 36% mężczyzn tak czyni ( $p < 0,05$ ).

## Dyskusja

Cierpienie przeżywane przez pacjenta doświadczającego choroby przewlekłej przybiera charakter indywidualnej, naznaczonej subiektywizmem walki oraz wykazuje dużą różnorodność indywidualną. Badania prowadzone już w latach 80. XX w. wskazywały na istnienie powiązań między osamotnieniem a takimi cechami jak: depresyjność, wrogość, niska samoocena czy skłonność do uzależnienia od alkoholu [16]. Diagnoza raka powodowała szereg konsekwencji w zachowaniu: rosnącą dysfonię, problemy rodzinne, uczucie samotności i izolacji oraz była związana z brakiem aktywności, paleniem tytoniu i innymi ryzykownymi zachowaniami zdrowotnymi [17-19].

Uzyskane wyniki badań wskazują na względnie wysoki poziom osamotnienia pacjentów chorych na przewlekłe choroby płuc na skali relacji romantyczno-seksualnych. Należy pamiętać, iż relacje miłości z założenia stanowić powinny źródło wsparcia i zaplecza emocjonalnego. Więzy bliskości ulegają osłabieniu na trzech poziomach: współdziałania, współrozumienia i współodczuwania [20]. Prawie co trzeciemu badanemu trudno było stwierdzić, iż kogoś kocha oraz, że związek intymny dużo dla niego znaczy. Ponad 1/3 osób badanych stwierdziła, że nie czuje się ważna dla partnera, raczej czuje się wykorzystywana oraz doświadczają poważnego w skutkach braku zgodności postaw. W związkach intymnych chorzy pacjenci nie doświadczali bezpieczeństwa i poczucia satysfakcji, dlatego też często pozostawali samotni wobec diagnozy oraz procesu leczenia. W konsekwencji mogli oni nie wypełniać we właściwy sposób zaleceń lekarzy, ponieważ nie zawsze o własnych siłach byli w stanie dotrzeć do kliniki czy poradni, nie mogli wykupić leków czy poddać się właściwym zabiegom.

Należy stwierdzić, iż poważnym skutkiem procesu leczenia pacjenta onkologicznego jest zmiana dynamiki jego życia intymnego, która może mieć długotrwałe konsekwencje prowadzące do zachwiania lub utraty bliskich relacji. Sytuacja kryzysu powoduje przekształcenia w związkach: partner staje się dla chorego opiekunem, a pogarszanie się wyglądu i stanu zdrowia wywołują często uczucie niechęci i unikanie chorego. Jak pokazują wyniki badań wśród pacjentów onkologicznych, nie wszyscy partnerzy chcą dzielić to trudne doświadczenie z osobą chorą, w wyniku czego zmienia się ich stosunek do chorego [21]. Partnerzy często nie wiedzą, jak należy się zachować, nie starają się rozmawiać z chorym, bądź rozmowa jest dla nich trudna, ale także nie próbują zrozumieć

zarówno chorego, jak i sytuacji ciągłego zagrożenia śmiercią [22, 23]. To uwidacznia, jak kruche potrafią być w wyniku zachorowania na ciężką chorobę płuc nawet bliskie relacje, które stają się dla chorego mniej wiarygodne, jest on przekonany, że nie może na nich polegać [24].

Chorzy w sytuacji osamotnienia emocjonalnego często doświadczają wewnętrznej blokady, która unieemożliwia satysfakcjonujące przeżywanie bliskości, zwłaszcza w relacjach seksualnych (połowa badanych), ale także w sferze zaufania czy wyrażania uczuć (1/3 badanych). Zanikanie życia intymnego może być spowodowane nie tylko chorobą pacjenta, ale również pogarszającą się kondycją emocjonalną czy zdrowotną małżonka. Jak wskazują badania małżonków osób chorych na POChP konieczność podjęcia opieki koreluje u nich ujemnie z jakością życia i powoduje zwiększenie odczuwania stresu [25]. Efektem tych zahamowań jest obniżanie się samooceny chorego, jego dobrostanu psychicznego oraz poziomu jakości życia [26].

Charakterystyczne dla doświadczenia poczucia osamotnienia są różnice indywidualne w wymiarze płci. W prezentowanych badaniach stwierdzono różnice w dwóch aspektach: wsparciu oferowanym przez partnera oraz komunikacji partnerskiej w związku. W obu tych wymiarach lepiej funkcjonowały kobiety. Natomiast w badaniach hiszpańskich, kobiety chore na POChP częściej zgłaszały niższy poziom jakości życia związany ze zdrowiem w domenie somatycznej i psychologicznej niż mężczyźni [27]. Podobnie w przypadku leczenia onkologicznego, kobiety chore 2-krotnie częściej niż mężczyźni czuły się niewystarczająco wspierane w procesie leczenia, a brak tego wsparcia wpływał na wyższe poczucie izolacji oraz odrzucenia. Dla kobiet samotność jest szczególnie wyzwaniem, uderza w ich naturę i tożsamość, ponieważ to one są odpowiedzialne za więzi społeczne, budowanie relacji interpersonalnych czy wspieranie rozwoju innych [24].

Z wymienionych powyżej powodów sytuacja mężczyzn chorych na przewlekłe choroby płuc może być z emocjonalnego punktu widzenia także trudna. Socjalizacja wpływa na postawy nieujawniania emocji u mężczyzn, przez co uzyskują oni mniej wsparcia od otoczenia oraz są zależni od pojedynczego źródła pomocy, jakim jest żona [28, 29]. W przeprowadzonych badaniach zupełną izolację zgłaszało 12% więcej chorych mężczyzn niż kobiet, którzy przy diagnozie pozostawali najczęściej sami, bez wsparcia członków rodziny. Jak wiadomo, moment diagnozy jest krytyczny dla postaw związanych z leczeniem. Osamotnienie wpływa u mężczyzn na brak energii życiowej, poczucie bezwartościowości oraz tendencję do uzależniania się bardziej niż skłonność do podejmowania zachowań zdrowotnych związanych z leczeniem [29].

Samotność jest stanem szczególnie obciążającym osoby starsze, które nie tylko przestają dbać o własne zdrowie, ale zadając sobie pytania o sens życia i nie odnajdując odpowiedzi w postaci wsparcia społecznego wybierają śmierć, która w ich mniemaniu jest lepsza niż samotna egzystencja. W badaniach własnych średnia wieku pacjentów wynosiła prawie 58 lat, zatem jest to grupa osób, które należy otoczyć szczególną opieką. Jest to ważne, gdyż jak wskazują badania amerykańskie, poczucie osamotnienia wśród osób powyżej 45 r.ż. koreluje z niskim subiektywnym stanem zdrowia oraz uzależnieniami [30].

## Wnioski

Osoby chore na przewlekłe schorzenia płuc wykazały stosunkowo wysoki poziom poczucia osamotnienia w obszarze relacji romantycznych. Najbardziej narażeni na osamotnienie byli mężczyźni po 60 r.ż. Poczucie osamotnienia okazało się istotnym czynnikiem ryzyka pogłębiania się choroby terminalnej u pacjentów. Stwierdzono, iż adaptowana Skala Osamotnienia DLS jest wartościowym narzędziem służącym do oceny osamotnienia w różnego typu relacjach interpersonalnych.

## Piśmiennictwo / References

1. Peplau LA, Perlman D (ed). *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. Wiley Series on Personality Processes. John Wiley & Sons, New York 1982.
2. Rotenberg KJ, Hymel S (ed). *Loneliness in childhood and adolescence*. Cambridge University Press, Cambridge 1999.
3. Rook KS. Research on social support, loneliness and social isolation. [in:] *Review of Personality and Social Psychology*. Shaver P (ed). Sage Publications, Beverly Hills 1984: 239-264.
4. Weiss RS. *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge University Press, Cambridge 1973.
5. Cramer KM, Barry JE. Conceptualizations and measures of loneliness: a comparison of subscales. *Pers Individ Dif* 1999, 27(3): 491-502.
6. Rokach A. Alienation and domestic abuse: how abused women cope with loneliness. *Soc Indic Res* 2006, 78(2): 327-340.
7. Olearczyk TE. *Sieroctwo i osamotnienie. Pedagogiczne problemy kryzysu współczesnej rodziny*. Ignatianum – WAM, Kraków 2008.
8. Theeke LA, Mallow J. Loneliness and quality of life in chronically ill rural older adults. *Am J Nurs* 2013, 113(9): 28-37.
9. Whisman MA. Loneliness and the metabolic syndrome in a population-based sample of middle-aged and older adults. *Health Psychol* 2010, 29(5): 550-554.
10. Thurston RC, Kubzansky LD. Women, loneliness, and incident coronary heart disease. *Psychosom Med* 2009, 71(8): 836-842.
11. Cole SW, Hawkley LC, Arevalo JM, et al. Social regulation of gene expression in human leukocytes. *Genome Biol* 2007, 8(9): R189.
12. Schmidt N, Serfat V. Measuring loneliness in different relationships. *J Pers Soc Psychol* 1983, 44(5): 1038-1047.
13. Oleś P, Steuden S, Toczowski J. (red). *Jak świata mniej widzę: Zaburzenia widzenia a jakość życia*. Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2002.
14. Grygiel P, Humenny G, Rębisz S, et al. Validating the Polish adaptation of the 11-item De Jong Gierveld Loneliness Scale. *Eur J Soc Psychol* 2012, 29(2): 129-139.
15. Drwal RŁ. *Adaptacja kwestionariuszy osobowości: wybrane zagadnienia i techniki*. PWN, Warszawa 1995.
16. McWhirter BT. Loneliness: A review of current literature with implications for counselling and research. *J Counsell Develop* 1990, 68(4): 417-422.
17. Rokach A. Correlates of loneliness as perceived by the terminally ill. *Curr Psychol* 2000, 19(3): 237-248.
18. Shankar A, McMunn A, Banks J, Steptoe A. Loneliness, social isolation, and behavioral and biological health indicators in older adults. *Health Psychol* 2011, 30(4): 377-385.
19. Newall NE, Chipperfield J, Bailis DS, Stewart TL. Consequences of loneliness on physical activity and mortality in older adults and the power of positive emotions. *Health Psychol* 2013, 32(8): 921-924.
20. Szopiński J. *Więź psychiczna a zadowolenie z małżeństwa*. *Probl Rodz* 1981, 5: 17-21.
21. Corner J, Wagland R. *Quality of Life of Cancer Survivors in England: Analysis of Patients' Free Text Comments: Final Report*. University of Southampton, Southampton 2013.
22. Upendo M. *Nurses' perceptions on cancer patients' loneliness*. Laurea University of Applied Sciences, Otaniemi 2009.
23. Devane C. *Facing the fight alone. Isolation among cancer patients*. Annual Report. Macmillan Cancer Support, London 2013.
24. Rosedale M. Survivor-Loneliness of women following breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 2009, 36(2): 175-183.
25. Thöne MF, Schürmann W, Kühl K, Rief W. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD): spouses' quality of life and burden during the course of disease. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2011, 61(2): 70-81.
26. Steuden S, Okła W (red). *Jakość życia w chorobie*. KUL, Lublin 2006.
27. Rodríguez-González Moro JM, Izquierdo JL, Antón E, et al. Health-related quality of life in outpatient women with COPD in daily practice: the MUVICE Spanish study. *Respir Med* 2009, 103(9): 1303-1312.
28. Kornaszewska-Polak M. Płeć a relacje między małżonkami. *Kwart Nauk Fides et Ratio* 2013, 3(15): 44-57.
29. Weidner G. Why do men get more heart disease than women? An international perspective. *J Am Coll Health* 2000, 48(6): 291-294.
30. Wilson C, Moulton B. *Loneliness among older adults: a national survey of adults 45+*. Knowledge Networks and Insight Policy Research. AARP, Washington DC 2010.