

Czynniki determinujące akceptację choroby przez kobiety leczone z powodu zmian patologicznych szyjki macicy

Marzena Kaźmierczak¹, Iwona Kubiak², Grażyna Gebuza¹, Małgorzata Gierszewska¹, Estera Mieczkowska¹

¹ Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum w Bydgoszczy

² Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu, Oddział Kliniczny Położnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej

Kaźmierczak M, Kubiak I, Gebuza G, Gierszewska M, Mieczkowska E. Czynniki determinujące akceptację choroby przez kobiety leczone z powodu zmian patologicznych szyjki macicy. Med Og Zdr. 2015; 21(2): 181–186. doi: 10.5604/20834543.1152917

Streszczenie

Cel pracy. Ocena stopnia akceptacji choroby u kobiet leczonych z powodu zmian patologicznych szyjki macicy oraz ustalenie, czy istnieje związek zmiennych socjodemograficznych z poziomem akceptacji.

Materiał i metody. Do badania włączono 50 kobiet, które były hospitalizowane w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Toruniu i przebywały w Oddziale Klinicznym Położnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej. Badanie przeprowadzono za pomocą sondażu diagnostycznego; wykorzystane narzędzia badawcze to: kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji, analiza dokumentacji medycznej oraz *Skala Akceptacji Choroby (AIS – Acceptance of Illness Scale)*, której autorami są B.J Felton, T.A. Revenson i G.A. Hinrichsen, w adaptacji polskiej Z. Juczyńskiego. Ogólny wynik skali AIS mieści się w obszarze od 8 do 40 punktów. Im wynik jest wyższy, tym większa akceptacja swojego stanu i mniej negatywnych emocji związanych z chorobą. Za niski wynik uważa się wartości poniżej 20 punktów, wartości powyżej 30 punktów oznaczają wysoki poziom akceptacji własnego stanu chorobowego, zaś za średni wynik uważa się zakres od 20 do 30 punktów.

Wyniki. Wyniki, według skali AIS, wśród badanej próby kobiet wyniosły 28,76 punktów, co świadczyło o średnim poziomie akceptacji choroby. Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy między średnimi skali AIS a zmiennymi socjodemograficznymi takimi jak: wiek, wykształcenie, stan cywilny, miejsce zamieszkania i aktywność zawodowa.

Wnioski. Kobiety z rozpoznaną zmianą patologiczną szyjki macicy prezentowały średni poziom akceptacji choroby, według skali AIS. Zmienne socjodemograficzne: wiek, wykształcenie, stan cywilny, miejsce zamieszkania i aktywność zawodowa nie różnicowały poziomu akceptacji choroby w badanej próbie kobiet.

Słowa kluczowe

akceptacja choroby, zmiany patologiczne szyjki macicy

Skróty użyte w pracy:

AIS – Acceptance of Illness Scale (Skala Akceptacji Choroby)

ASC-US – Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance (nieprawidłowe komórki nabłonkowe o nieokreślonym znaczeniu)

ASC-H – Atypical Squamous Cells: cannot exclude high-grade SIL (nietypowe komórki nabłonkowe, wśród których nie można wykluczyć zmian wysoce podejrzanych o przednowotworowe)

CIN1 – Cervical Intraepithelial Neoplasia (neoplazja śród nabłonkowa mała)

CIN2 – Cervical Intraepithelial Neoplasia (neoplazja śród nabłonkowa średnia)

CIN3 – Cervical Intraepithelial Neoplasia (neoplazja śród nabłonkowa duża)

CIS – Carcinoma In Situ (rak przedinwazyjny)

LSIL – Low-grade Squamous Intraepithelial Lesion (śrónabłonkowe zmiany dysplastyczne małego stopnia – odpowiednik CIN I)

HSIL – High-grade Squamous Intraepithelial Lesion (śrónabłonkowe zmiany dysplastyczne dużego stopnia – odpowiednik CIN II i CIN III)

WPROWADZENIE

Życie w dobrym samopoczuciu i zdrowiu jest naturalnym pragnieniem każdego człowieka, zaś zdrowie, jako nieodłączny i niezwykle ważny element życia, w sposób zasadniczy wpływa na jego jakość [1]. Nowotwory, mimo ogromnego postępu i rozwoju w dziedzinie nauk medycznych, wciąż

stanowią poważny problem w kontekście zdrowia publicznego zarówno w Polsce, jak i na świecie. Jest to druga przyczyna zgonów ogółem i pierwsza przyczyna zgonów przed 65. rokiem życia w naszym kraju [2]. Raka szyjki macicy statystyki szacują na 5. miejscu wśród nowotworów złośliwych. Stanowi on 4,5% zgonów nowotworowych. Polska zajmuje miejsce w czołowie państw europejskich ze względu na wysoką liczbę zgonów i niski wskaźnik przeżyć pięcioletnich [3].

Doświadczenie choroby, zwłaszcza nowotworowej, wiąże się z silnym stresem często o charakterze traumatycznym, który może pociągać za sobą wiele negatywnych konsekwencji. Choroba nierzadko ujawnia prawdę o życiu

Adres do korespondencji: Marzena Kaźmierczak, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu Collegium Medicum w Bydgoszczy Pracownia Podstaw Opieki Położniczej, ul. Łukasiewicza 1, 85-821 Bydgoszcz
E-mail: marzena.kaźmierczak@cm.umk.pl

Nadesłano: 22 listopada 2014; zaakceptowano do druku: 09 marca 2015

osobistym i zawodowym, powoduje poczucie swoistej degradacji i uprzedmiotowienia, wpływa negatywnie na kondycję fizyczną i psychiczną, często wymusza potrzebę opieki osób drugich. Choroba nowotworowa, z powodu panującej w społecznej świadomości kancerofobii, powoduje poczucie naznaczenia, stygmatyzacji, co w konsekwencji prowadzi do izolacji człowieka [4].

W zależności od indywidualnych cech osobowości i wykształconych mechanizmów radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych, każdy człowiek odmiennie reaguje na zdiagnozowanie choroby. Przyjęta postawa wobec choroby wpływa nie tylko na jakość życia, ale może też decydować o odległych w czasie wynikach leczenia. Osoby, które potrafią zaakceptować swoją chorobę, chętniej podejmują trud walki o powrót do zdrowia, a także doświadczają mniej negatywnych emocji [5]. Adaptacja do choroby to problem radzenia sobie zarówno z samą chorobą, jak i jej konsekwencjami. Uciążliwe leczenie, lęk o przyszłość, zwolnienie tempa życia, utrata ról społecznych, zmierzanie się z pytaniami natury egzystencjalnej, weryfikacja trwałości związków z ludźmi, to tylko niektóre problemy, w obliczu których kobieta staje z rozpoznaną patologią szyjki macicy [6]. Choroba, a zwłaszcza nowotworowa, wyzwała negatywne emocje takie jak: gniew, poczucie zagrożenia, lęku, niepokoju, a nawet depresję. Wpływa to na poziom akceptacji choroby i tym samym może uniemożliwić powrót do zdrowia fizycznego i psychicznego [7].

CEL PRACY

Głównym celem badań była ocena stopnia akceptacji choroby u kobiet leczonych z powodu zmian patologicznych szyjki macicy oraz ustalenie, czy istnieje związek zmiennych socjodemograficznych z poziomem akceptacji choroby.

MATERIAŁ I METODY

Do badania włączono 50 kobiet, które były hospitalizowane w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Toruniu i przebywały w Oddziale Klinicznym Położnictwa, Chorób Kobiety i Ginekologii Onkologicznej. Na prowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu przy Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (KB 117/2014). Pacjentki wyraziły pisemną zgodę na przeprowadzenie badania. Kryterium włączenia do badania było rozpoznanie zmian patologicznych szyjki macicy. Badanie przeprowadzono za pomocą sondażu diagnostycznego, a wykorzystane narzędzia badawcze to: kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji, analiza dokumentacji medycznej oraz *Skala Akceptacji Choroby* (AIS – *Acceptance of Illness Scale*), której autorami są B.J. Felton, T.A. Revenson i G.A. Hinrichsen, w adaptacji polskiej Z. Juczyńskiego. Kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji zawierał pytania metryczkowe dotyczące danych socjodemograficznych (m.in. wiek, wykształcenie, stan cywilny, aktywność zawodowa) oraz pytania odnoszące się do odczuć związanych z rozpoznaniem choroby szyjki macicy, m.in. reakcji na wiadomość o chorobie, stosunków między bliskimi.

Na podstawie dokumentacji medycznej zebrano dane dotyczące: rodności kobiet, przyczyn hospitalizacji, rozpoznania, czasu trwania choroby narządu rodowego, zastosowanego leczenia.

Twierdzenia zawarte w *Skali Akceptacji Choroby* (AIS) wyrażają określone trudności i ograniczenia wynikające ze stanu zdrowia. Stopień akceptacji choroby przejawia się brakiem negatywnych reakcji i emocji związanych z chorobą. Skala AIS może być wykorzystana do pomiaru akceptacji każdej choroby. Skala zawiera osiem pytań opisujących negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia, dotyczących ograniczeń narzuconych przez chorobę, braku samowystarczalności, poczucia zależności od innych i obniżonej własnej wartości. W każdym stwierdzeniu osoba badana określa swój obecny stan w skali pięciostopniowej Likerta (od 1 – „zdecydowanie zgadzam się”, do 5 – „zdecydowanie nie zgadzam się”). Zdecydowana zgoda (1 punkt) wyraża złą przystosowanie do choroby i silny dyskomfort psychiczny, zaś brak zgody (5 punktów) oznacza akceptację choroby. Ogólny wynik mieści się w obszarze od 8 do 40 punktów. Im wynik jest wyższy, tym większa akceptacja swojego stanu i mniej negatywnych emocji związanych z chorobą. Za niski wynik uważa się wartości poniżej 20 punktów, wartości powyżej 30 punktów oznaczają wysoki poziom akceptacji własnego stanu chorobowego, zaś za średni wynik uważa się zakres od 20 do 30 punktów. Interpretacja uzyskanego wyniku polega również na porównaniu uzyskanego wyniku ze średnimi wskaźnikami akceptacji w różnych grupach chorych. Wskaźnik alfa Cronbacha dla metody wynosi 0,82 [5].

W badaniu przyjęto następujące zmienne niezależne (czynniki socjodemograficzne): wiek, wykształcenie, stan cywilny, miejsce zamieszkania i aktywność zawodową.

Wiek badanej próby kobiet mieścił się w przedziale od 20 do 71 lat. Średnia wieku dla całej próby wynosiła 35,94 lat. Kobiety w przedziale wiekowym 20–29 lat stanowiły 34%, kobiety w wieku 30–39 lat – 46%, a w przedziale 40–49 lat – 8%. Kobiety powyżej 50. roku życia było 12%. Połowa kobiet (50%) posiadała wykształcenie średnie. Z wykształceniem wyższym było 40% kobiet, a zawodowym – 10%. Mieszkaniami miast było 76% kobiet. Zdecydowana większość ankietowanych (66%) była aktywna zawodowo. Świadczenia emerytalne i rentowe pobierało 16% kobiet, a bezrobotne stanowiły 18%. Najlicniejszą grupę stanowiły kobiety zamężne (56%), w związkach nieformalnych żyło 24%. Pozostałe to kobiety samotne (wdowy, rozwiedzione, panny).

Analiza badań została przeprowadzona z wykorzystaniem programu Microsoft Office Excel 2010 oraz pakietu programów do obliczeń statystycznych STATISTICA v.10 firmy Statsoft Polska. Aby sprawdzić różnice pomiędzy pewnymi zmiennymi, co najmniej trzema grupami, wykonano analizę wariancji Anova (jednoczynnikową). Dla dwóch grup wykonano analizę wariancji Fishera Snedecora. Do oceny szczegółowych różnic wykonano test *post hoc* Duncana. Za istotne statystycznie przyjęto wartości testu spełniające warunek $p < 0,05$.

WYNIKI

W badanej próbie kobiet pierwszą reakcją na wiadomość o chorobie szyjki macicy był niepokój (34%) i lęk (32%), a 20% doświadczyła uczucia smutku, zaś u 10% pojawiła się depresja. Jedynie 2 pacjentki stwierdziły, że przejawiały obojętność wobec informacji o rozpoznanej chorobie. W opinii 68% badanych kobiet, rodzina i bliscy stali się bardziej opiekuńczy i serdeczni. W przypadku 32% respondentek wiadomość o zaistniałej sytuacji nie spowodowała zmiany w stosunkach

rodzinnych. Żadna z badanych kobiet nie potwierdziła, iż rodzina i bliscy odsunęli się na wiadomość o chorobie. Zdecydowana większość kobiet (72%) w pełni zaakceptowała zaproponowane leczenie, a zrobiła to pod wpływem sugestii lekarza (16%) lub rodziny (8%). Jednak dwie respondentki zgody nie wyraziły. Według 64% badanych kobiet, rozpoznana patologia szyjki macicy nie wpłynęła na ich życie intymne, przeciwnego zdania było 36% ankietowanych, wśród których u 24% nastąpiło ograniczenie, a u 12% rezygnacja z kontaktów seksualnych. Rozpoznana choroba w 86% nie miała wpływu na życie towarzyskie, jedynie 14% ankietowanych stwierdziła, że nastąpiło zaniechanie lub ograniczenie kontaktów towarzyskich. Większość ankietowanych (82%) nie miała poczucia choroby, a swój stan zdrowia oceniła jako dobry. 18% respondentek stan swojego zdrowia określiła jako zły i miała poczucie choroby. W wyniku ankietowania okazało się, że 72% kobiet w sytuacjach trudnych radzi sobie samodzielnie, zaś 28% potrzebuje wsparcia.

Z analizy dokumentacji medycznej wynikało, że przyczyną hospitalizacji w 56% przypadków był nieprawidłowy wynik cytologii szyjki macicy, w tym w 34% przypadków była to neoplazja śródnabłonkowa o wysokim stopniu zaawansowania – HSIL, 10% stanowiła neoplazja śródnabłonkowa o niskim stopniu zaawansowania – LSIL (n=5). U 6% kobiet stwierdzono ASC-US i taki sam procent ASC-H. Dla 44% respondentek powodem pobytu na oddziale ginekologicznym był nieprawidłowy wynik badania histopatologicznego. U 24% kobiet (n=12) stwierdzono CIN3, u 10% (n=5) CIN2, zaś CIN1 tylko u jednej badanej. Raka szyjki macicy *in situ* stwierdzono u czterech kobiet. Dla 52% badanych (n=26) była to kolejna hospitalizacja z powodu patologii szyjki macicy, dla pozostałych (48%) był to pierwszy pobyt w szpitalu. Patologię szyjki macicy wykryto u zdecydowanej większości respondentek (64%) w czasie badania profilaktycznego, zaś pozostałe 36% ankietowanych zgłosiło się do lekarza po wystąpieniu niepokojących objawów.

U połowy badanych kobiet czas trwania choroby nie przekraczał 1 miesiąca, u 26% – 1 roku, natomiast 20% kobiet podało, że choroba trwała u nich 2–5 lat, u 4% kobiet powyżej 5 lat. W przypadku ponad połowy ankietowanych (56%) zastosowano leczenie operacyjne, w tym u 34% wykonano konizację chirurgiczną, u 14% elektrokonizację, zaś u 8% kobiet histerektomię. W przypadku pozostałych ankietowanych (44%) wdrożono pogłębioną diagnostykę.

Wynik według skali AIS dla badanej próby kobiet wynosił 28,76 punktów, co świadczyło o średnim poziomie akceptacji choroby. 46% respondentek uzyskała wysoki wskaźnik w skali AIS, zaś wartości średnie 40% ankietowanych (n=20). Najniższą akceptację lub jej brak stwierdzono u 14% respondentek (n=7). Powyższe dane ilustruje tabela 1.

Ogólny wskaźnik w skali AIS oraz średnie wartości poszczególnych stwierdzeń wchodzących w skład skali ilustruje tabela 2. Spośród wszystkich obszarów akceptacji choroby najwyżej oceniono poczucie: „myślę, że ludzie przebywający

Tabela 1. Poziom akceptacji choroby według skali AIS w badanej próbie kobiet (n=50)

Przedziały skali AIS	Punktacja	N	%
Niski	8–19	7	14
Średni	20–29	20	40
Wysoki	30–40	23	46
Ogółem	28,76	50	100

Tabela 2. Ogólny wskaźnik akceptacji choroby oraz średnie wartości poszczególnych stwierdzeń wchodzących w skład skali AIS

AIS – stwierdzenie	Średnia	SD	Min.	Max
Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę	2,76	1,46	1,00	5,00
Z powodu mojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię	2,78	1,52	1,00	5,00
Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny	3,84	1,48	1,00	5,00
Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych, niż tego chcę	3,16	1,48	1,00	5,00
Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół	3,92	1,44	1,00	5,00
Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem	4,00	1,41	1,00	5,00
Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być	4,00	1,36	1,00	5,00
Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby	4,30	1,16	1,00	5,00
Ogólny wskaźnik akceptacji choroby	28,76	----	8,00	40,00

ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby” (średnia 4,30). W dalszej kolejności znalazło się poczucie: „nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być” (średnia 4,00) oraz: „mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem” (średnia 4,00). Najniżej ze wszystkich aspektów oceniono: „z powodu mojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię” (średnia 2,78), a także: „mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę” (średnia 2,76).

Dalsza analiza dotyczyła ustalenia, czy poziom akceptacji choroby różnicują zmienne socjodemograficzne: wiek, wykształcenie, stan cywilny, miejsce zamieszkania i aktywność zawodowa.

W wyniku analizy statystycznej ustalono, że wiek badanej próby kobiet nie różnicuje poziomu akceptacji choroby, co ilustruje tabela 3. Najlepiej akceptowały swój stan zdrowia kobiety w przedziale wiekowym od 30 do 39 lat (średnia AIS =30,83), gorzej zaś badane w wieku powyżej 50 lat (22,00), jednak była to różnica nieistotna statystycznie. Należy jednak zaznaczyć, że do grupy wiekowej 40–49 lat należały tylko 4 respondentki, więc nie można wyciągnąć jednoznacznych wniosków. Ze względu na wykształcenie nie stwierdzono istotnej różnicy zmiennej zależnej badanej za pomocą AIS (tabela 4). Respondentki z wykształceniem średnim i wyższym wykazały podobny poziom akceptacji (29,8 i 29,4), kobiety z wykształceniem zawodowym uzyskały wynik – 26,1, przy współczynniku istotności p=0,025. Wykazano, że między porównywanymi grupami, tj mieszkanki miast i wsi,

Tabela 3. Wartości średnie AIS ze względu na wiek

Wiek	AIS						
	Średnia	Ważnych	Minimum	Maksimum	SD	F	IS
20–29 lat	29,76	17	16,00	38,00	6,29		
30–39 lat	30,83	23	14,00	40,00	7,00		
40–49 lat	22,75	4	14,00	39,00	11,12		
>50 lat	22,00	6	12,00	36,00	8,05		
Ogółem	28,76	50	12,00	40,00	7,75		

Tabela 4. Wartości średnie AIS ze względu na wykształcenie

Wykształcenie	AIS					F	IS
	Średnia	Ważnych	Minimum	Maksimum	SD		
Wyższe	28,20	20	12,00	38,00	6,57		
Średnie	29,24	25	14,00	40,00	8,88		
Zawodowe	28,60	5	19,00	36,00	7,37		
Ogółem	28,76	50	12,00	40,00	7,75		

nie ma różnic statystycznie istotnych w zakresie zmiennej AIS (tabela 5). Poziom akceptacji wynosił odpowiednio 29,0 i 27,9 punktów według skali AIS, przy wskaźniku istotności $p=0,444$. Nie stwierdzono związku między stanem cywilnym badanej próby kobiet a poziomem akceptacji choroby (tabela 6). W grupie panien wskaźnik AIS wyniósł 29,17, w grupie kobiet zamężnych 28,61, żyjących w nieformalnych związkach – 28,92, a wśród wdów i rozwiedzionych – 28,75 punktów. Ponadto nie stwierdzono różnicy istotnej statystycznie odnośnie do poziomu akceptacji choroby ze względu na aktywność zawodową. W grupie kobiet aktywnych zawodowo poziom ten (29,15) był podobny do poziomu w grupie kobiet bezrobotnych (28,78) oraz kobiet pobierających świadczenia emerytalne i rentowe (27,13) – co ilustruje tabela 7.

Tabela 5. Wartości średnie AIS ze względu na miejsce zamieszkania

Miejsce zamieszkania	AIS					F	IS
	Średnia	Ważnych	Minimum	Maksimum	SD		
Miasto	29,23	38	12,00	40,00	7,64		
Wieś	27,25	12	16,00	39,00	8,22		
Ogółem	28,76	50	12,00	40,00	7,74		

Tabela 6. Wartości średnie AIS ze względu na stan cywilny

Stan cywilny	AIS					F	IS
	Średnia	Ważnych	Minimum	Maksimum	SD		
Mężatka	28,61	28	12,00	39,00	8,38		
Wdowa/ rozwiedziona	28,75	4	19,00	39,00	10,21		
W związku nieformalnym	28,92	12	18,00	40,00	6,86	0,101	$p=0,998$
Panna	29,17	6	21,00	38,00	6,52		
Ogółem	28,76	50	12,00	40,00	7,75		

Tabela 7. Wartości średnie AIS ze względu na aktywność zawodową

Aktywność zawodowa	AIS					F	IS
	Średnia	Ważnych	Minimum	Maksimum	SD		
Pracująca	29,15	33	14,00	40,00	7,24		
Emerytura/renta	27,13	8	12,00	39,00	10,19		
Bezrobotna	28,78	9	14,00	38,00	7,98	0,213	$p=0,808$
Ogółem	28,76	50	12,00	40,00	7,75		

DYSKUSJA

Choroba może być przyjmowana różnorodnie, od postrzegania jej jako poważnej przeszkody, która utrudnia, a czasem nawet uniemożliwia realizowanie się w życiu rodzinnym i zawodowym, do jej całkowitej akceptacji i podporządkowania się nowej sytuacji zdrowotnej, życiowej i społecznej [6]. W zależności od tego, jak dany człowiek traktuje swoją chorobę, taką też postawę przyjmuje wobec jej leczenia. Akceptacja schorzenia stwarza poczucie bezpieczeństwa, ma wpływ na wzrost zaufania do lekarzy, do metod leczenia, a pacjenci chętniej biorą aktywny udział w terapii, wykazują optymistyczne, pełne nadziei podejście do życia [5].

W przedstawionej pracy próbowano odpowiedzieć na pytanie, jaki był poziom akceptacji choroby u kobiet leczonych z powodu patologii szyjki macicy oraz czy istnieją zmienne socjodemograficzne, które różnicują poziom akceptacji. Główną badaną zmienną była akceptacja choroby mierzona za pomocą *Skali Akceptacji Choroby*. Ogólny wskaźnik akceptacji choroby w badanej próbie kobiet wyniósł 28,76 punktów, co oznacza akceptację schorzenia na średnim poziomie. Uzyskane wyniki badań własnych nie różnią się istotnie od wyników zaprezentowanych przez innych autorów. Juczyński, przeprowadzając badania na próbie kobiet z rakiem sutka i rakiem macicy, uzyskał wynik według AIS równy 28,13 punktów [5]. W badaniu Lelonek i wsp. [8] na próbie chorych oddziału chirurgicznego uzyskano wynik 27,04 według AIS, co również świadczy o względnie dobrym przystosowaniu się do choroby. Także Skotnicka-Graca uzyskała średnie wartości akceptacji choroby wśród hospitalizowanych z powodu niedokrwienia kończyn [9]. Poziom akceptacji choroby badał również Niedzielski, wykazując podobny jej poziom u chorych na cukrzycę (23,33), z astmą oskrzelową (25,56), z chorobą niedokrwinną serca (23,50) oraz dializowanych z przewlekłą chorobą nerek (24,56) [10]. Bąk-Sosnowska przeprowadziła badanie na kobietach w pierwszych dobach po zabiegu mastektomii, a jej wynik osiągnął średnią wartość 24,56 według AIS [11]. W badaniach Marzec i wsp. [12], przeprowadzanych wśród chorych hemodializowanych, uzyskano wynik 22,10.

Kolejnym etapem badań było ustalenie związku między poziomem akceptacji choroby a zmiennymi socjodemograficznymi. W wyniku analizy statystycznej okazało się, że kobiety młodsze uzyskały wyższy stopień akceptacji choroby w stosunku do kobiet starszych. Odmiennie wnioski z badań prezentują Niedzielski [10] i Szafraniec [13]. Wykształcenie nie różnicowało stopnia akceptacji choroby w badanej próbie kobiet. Niekorzystny stopień akceptacji choroby u osób z wykształceniem niższym uzyskali w swoich badaniach między innymi: Niedzielski, Lelonek i Szafraniec [8, 10, 13]. W badaniach własnych mieszkanki miast i wsi wykazały stopień akceptacji choroby na podobnym poziomie. Poziom akceptacji choroby nie był zależny od miejsca zamieszkania pacjentek w badaniach Pawlik i wsp. [14]. Natomiast w badaniach Łatki i wsp. [15] wskaźnik akceptacji choroby w istotny sposób wiązał się z miejscem zamieszkania pacjentów. Osoby zamieszkujące miasta powyżej 50 tys. mieszkańców prezentowały wyższy wskaźnik akceptacji choroby niż mieszkanki mniejszych miast i wsi. Podobne wnioski z badań wysunęli Niedzielski i Lelonek [8, 10]. Nowicki i wsp. [16] również podają, że wyższy wskaźnik akceptacji choroby posiadały kobiety mieszkające w mieście. Fakt ten można tłumaczyć tym, że mieszkanki miasta miały lepszy dostęp do informacji

i stowarzyszeń kobiet po mastektomii (Kluby Amazonek) niż mieszkające na wsi. Ponadto w materiale Nowickiego i wsp. 92% badanych kobiet pochodziła z miasta.

W badaniu własnym stopień akceptacji choroby ze względu na aktywność zawodową kształtował się na podobnym poziomie, przy czym była to różnica nieistotna statystycznie. Odmienne wnioski prezentują badania przeprowadzone przez Wiśniewską-Szumacher i wsp. [17], które podają wysoce istotną różnicę wyników AIS w zależności od aktywności zawodowej. W badaniach Lelonek i wsp. [8] najwyższy stopień akceptacji choroby uzyskali pacjenci ze statusem bezrobotnych.

Jak podają wyniki badań naukowych, w trakcie choroby dochodzi do reorganizacji w funkcjonowaniu rodziny, modyfikowania istniejących w rodzinie związków emocjonalnych, jak również tworzenia nowych jakości w związkach. Ludzie szczęśliwie poślubieni czerpią korzyść z faktu, że współmałżonek pomaga im w uporaniu się ze stresem w chorobie. Osoby pozostające w związkach uzyskały zdecydowanie wyższe wyniki wskaźnika akceptacji choroby niż osoby rozwiedzione i wdowcy, a najwyższy wskaźnik otrzymały osoby stanu wolnego (panny, kawalerowie) w badaniach Lelonek i wsp. [8]. Stan cywilny miał wpływ na poziom akceptacji choroby w badaniach Van Damme-Ostapowicz i wsp. [18]. W badaniach własnych nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy wyników AIS ze względu na stan cywilny badanej próby kobiet.

WNIOSKI:

1. Kobiety z rozpoznaną zmianą patologiczną szyjki macicy prezentowały średni poziom akceptacji choroby, według skali AIS.
2. Zmienne socjodemograficzne: wiek, wykształcenie, stan cywilny, miejsce zamieszkania i aktywność zawodowa nie różnicowały poziomu akceptacji choroby w badanej próbie kobiet.

PIŚMIENNICTWO

1. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Rozwój potraumatyczny – charakterystyka i pomiar. *Psychiatria* 2010; 7: 129–142.
2. Tuchowska P, Worach-Kardas H, Marcinkowski JT. Najczęstsze nowotwory złośliwe w Polsce – główne czynniki ryzyka i możliwości optymalizacji działań profilaktycznych. *Probl Hig Epidemiol.* 2013; 94(2): 166–171.
3. Didkowska J, Wojciechowska U, Zatoński W. Nowotwory szyjki macicy w Polsce – epidemiologiczny bilans otwarcia i perspektywy. *Ginekol Pol.* 2006; 77: 660–666.
4. Trzebiatowska I. Zaburzenia psychiczne w chorobie nowotworowej. W: de Walden-Gałuszko K (red.). *Psychoonkologia*. Kraków: Wydawnictwo Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego; 2000: 71–81.
5. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2001: 171–174.
6. de Walden-Gałuszko K. Jakość życia – rozważania ogólne. W: de Walden-Gałuszko K, Majkiewicz M. *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego; 1994: 13–40.
7. Ślubowska M, Ślubowski T. Problemy psychosocjalne w raku piersi. *Psychoonkologia* 2008; 12: 1,14–25.
8. Lelonek B, Kaczmarczyk M. Przystosowanie do choroby u pacjentów leczonych na oddziale chirurgicznym. *Studia Medyczne* 2011; 24(4): 45–52.
9. Skotnicka-Graca U. Stopień akceptacji choroby wśród pacjentów i ich rodzin przed i po zabiegu chirurgicznym z powodu krytycznego niedokrwienia kończyn dolnych. *Ann UMCS.* 2004; 59(16–6): 145–148.
10. Niedzielski A, Humeniuk E, Błaziak P, Fedoruk E. Stopień akceptacji choroby w wybranych chorobach przewlekłych. *Wiad Lek.* 2007; 60(5–6): 224–227.
11. Bąk-Sosnowska M, Oleszko K, Skrzypulec-Plinta V. Adaptacja psychologiczna dojrzałych kobiet w pierwszych dobach po zabiegu mastektomii. *Przeł Menopauzal.* 2013; 2: 120–124.
12. Marzec A, Andruszkiewicz A, Banaszkiewicz M. Poczucie koherencji, akceptacja choroby a funkcjonowanie w chorobie przewlekłej osób chorych na chorobę nerek i chorych na cukrzycę, hemodializowanych – doniesienie wstępne. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2011; 2(35): 51–56.
13. Szafraniec R, Szczuka E, Pawłowska A. Akceptacja choroby przez pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. *Fizjoterapia Polska* 2012; 12(1): 39–48.
14. Pawlik M, Karczmarek-Borowska B. Akceptacja choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii. *Prz Med Uniw Rzesz Inst Leków.* 2013; 2: 203–211.
15. Łatka J, Majda A, Sołtys A. Uwarunkowania akceptacji choroby przez chorych poddawanych hemodializie zewnątrzustrojowej. *Probl Piel.* 2013; 21(3): 318–326.
16. Nowicki A, Ostrowska Ż. Akceptacja choroby przez chore po operacji raka piersi w trakcie leczenia uzupełniającego. *Pol Merkuriusz Lek.* 2008; 24: 143, 403–407.
17. Wiśniewska-Szumacher A, Karakiewicz B, Bażydło M, Szkup-Jabłońska M, Jurczak A, Grochans E. Czynniki determinujące akceptację choroby przez pacjentów leczonych z powodu żyłaków kończyn dolnych. *Probl Piel.* 2013; 21(4): 489–495.
18. Van Damme-Ostapowicz K, Krajewska-Kułał E, Nwosu PJ, Kułał W, Sobolewski M, Olszański R. Acceptance of illness and satisfaction with life among malaria patients in Rivers state, Nigeria. *BMCHealth Serv Res.* 2014; 3(12): 202.

Factors that determine the acceptance of illness in women who are treated for lesions of the cervix

■ Abstract

The aim of the work. Assessment of the acceptance level of the illness in women who are treated for lesions of the cervix and determining if there is a relation between sociodemographic factors and the level.

Method and material. 50 women, who were hospitalized in the Regional Hospital in Toruń in Department of Obstetrics, Female Diseases and Oncological Gynecology, took part in the study. The study was conducted with the use of a diagnostic survey. Diagnostic tools were comprised of a self-constructed questionnaire an analysis of medical documentation, and the Acceptance of Illness Scale (AIS), whose authors are B.J. Felton, T.A. Revenson, and G.A. Hinrichsen. The general result in AIS scale is between 8 and 40 points. The higher the result, the higher the acceptance of one's condition is, and there are less negative emotions. Results of 20 points and less are considered to be low, whereas getting more than 30 points indicates a high level of acceptance of one's own condition. A result between 20 and 30 points is considered to be average.

Results. The level of acceptance of an illness in the mentioned group, according to AIS scale, was 28.76 points, which indicated an average level of acceptance. No statistically significant difference was found between the average result in AIS scale and sociodemographic variables, such as age, education, marital status, place of residence, and professional activity.

Conclusions. Women who are diagnosed with lesions of the cervix presented an average level of acceptance of an illness, according to AIS scale. Sociodemographic variables such as age, education, marital status, place of residence, and professional activity did not influence the level of acceptance in women who took part in the study.

■ Keywords

acceptance of an illness, lesions of the cervix