

Czynniki warunkujące akceptację choroby u pacjentów leczonych onkologicznie

Ewa Smoleń¹, Karolina Hombek², Magdalena Jarema², Magdalena Słysz², Krzysztof Kalita³

¹ Opiekun Studenckiego Koła Naukowego Pielęgniarek, Zakład Pielęgniarstwa, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Jana Grodka, Sanok, Polska

² Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarek, Zakład Pielęgniarstwa, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Jana Grodka, Sanok, Polska

³ Biuro Badań i Analiz Statystycznych, Rzeszów, Polska

Smoleń E, Hombek K, Jarema M, Słysz M, Kalita K. Czynniki warunkujące akceptację choroby u pacjentów leczonych onkologicznie. Med Og Nauk Zdr. 2018; 24(1): 37–43. doi: 10.26444/monz/86142

Streszczenie

Cel pracy. Określenie czynników warunkujących stopień akceptacji choroby nowotworowej u pacjentów leczonych onkologicznie.

Materiał i metody. Badaniem objęto 229 pacjentów Szpitala Specjalistycznego Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego im. ks. B. Markiewicza w Brzozowie. Dobór badanych był losowy. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego i technikę ankiety. Posłużono się standaryzowanym narzędziem badawczym pn. Skala Akceptacji Choroby (AIS – *Acceptance of Illness Scale*) w adaptacji Z. Juczyńskiego oraz autorskim kwestionariuszem ankiety. W analizie statystycznej przyjęto poziom istotności $p \leq 0,05$. Zastosowano testy różnic średnich U Manna–Whiteya oraz Kruskala–Wallisa, korelację tau-c Kendalla, jak również miarę symetryczną V Cramera bazującą na teście chi-kwadrat.

Wyniki. Stopień akceptacji choroby w badanej grupie osób wyniósł 25,03. Niemal połowa pacjentów (48,8%) wykazała średni, a 28,8% wysoki stopień akceptacji choroby nowotworowej. Niską akceptację odnotowano u 21,4% pacjentów. Najwyższą akceptację choroby stwierdzono u chorych poniżej 40. r.ż., będących w związku małżeńskim i aktywnych zawodowo. Płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie oraz występowanie dolegliwości bólowych nie różnicowały stopnia akceptacji choroby.

Wnioski. Czynniki mające związek z akceptacją choroby w badanej grupie pacjentów to wiek, stan cywilny, aktywność zawodowa oraz metoda leczenia i ocena stanu zdrowia. U pacjentów wykazano w większości średni i wysoki stopień akceptacji choroby nowotworowej. Taka postawa wobec choroby może pozytywnie wpływać na proces leczenia, ale również zapewniać wyższą jakość życia w chorobie.

Słowa kluczowe

choroba nowotworowa, uwarunkowania, skala AIS, akceptacja choroby

WPROWADZENIE

Choroby nowotworowe są istotnym problemem zdrowotnym, społecznym i ekonomicznym [1–5]. Obejmują ponad 100 różnych jednostek chorobowych o zróżnicowanej etiologii, przebiegu klinicznym i leczeniu [3–5]. Stanowią główną przyczynę zgonów w krajach rozwiniętych i drugą w rozwijających się [6]. W Unii Europejskiej rak jest drugą [1, 2], a w Polsce główną przyczyną przedwczesnej umieralności osób przed 65. r.ż. [3–5]. W 2008 roku na świecie stwierdzono 12,7 mln zachorowań na nowotwory i 7,6 mln zgonów [6]. W roku 2012 w krajach Unii Europejskiej zdiagnozowano 2,7 mln nowotworów (1,2 mln u kobiet i 1,5 mln u mężczyzn) oraz 1,3 mln zgonów. Najwięcej zachorowań odnotowuje się w krajach Europy północnej i zachodniej [2]. W 2012 roku zgony z powodu nowotworów stanowiły 29,2% ogółu zgonów mężczyzn i 22,5% wszystkich zgonów kobiet. W Europie najwięcej kobiet umiera z powodu raka piersi, jelita grubego i płuc, a mężczyzn na wskutek raka prostaty, jelita grubego i płuc [1, 2].

Widoczny jest wzrost liczby zachorowań na nowotwory w Polsce – z 70 tys. w latach 80. ubiegłego wieku do 150 tys. w obecnym dziesięcioleciu [7]. Od roku 2000 do 2012 odsetek mężczyzn z rozpoznaniem nowotworem wzrósł o 29%, a kobiet o 37% i dotyczył najczęściej osób w przedziale wieku

od 45 do 64 lat [8]. W grupie wiekowej do 59. r.ż. większy odsetek nowotworów złośliwych rozpoznaje się u kobiet, a w przedziale wieku 20–44 lat zachorowalność wśród kobiet jest dwukrotnie wyższa niż w grupie mężczyzn. Blisko 70% zachorowań u mężczyzn i 60% u kobiet występuje wśród osób po 60. r.ż. a ryzyko zachorowań wzrasta wraz z wiekiem [7]. Chociaż ogólny wskaźnik występowania nowotworów jest wyższy w populacji mężczyzn niż kobiet, to w ostatniej dekadzie obserwuje się wzrost zachorowalności kobiet przy zmniejszających się wskaźnikach u mężczyzn [3–5]. Wśród mężczyzn zmniejsza się liczba rozpoznań raka płuca, ale zwiększa nowotworów prostaty. U kobiet gwałtownie wzrasta liczba zachorowań na raka piersi, natomiast u obu płci zwiększa się liczba rozpoznań raka jelita grubego oraz czerniaka skóry [6, 8]. Główną przyczynę śmierci u obu płci stanowi rak płuca oraz następnie u mężczyzn rak jelita grubego i gruczołu krokowego, a u kobiet rak piersi i jelita grubego. Niepokojąca jest wysoka śmiertelność kobiet w średnim wieku – przed 65. r.ż. W 1980 roku wynosiła ona – 37%, a w roku 2010 – 49%. U mężczyzn śmiertelność w tej grupie wiekowej utrzymuje się na stałym poziomie (29%). W 1980 roku w Polsce zmarło z powodu nowotworów 33 183 mężczyzn i 26 519 kobiet, a w 2013 roku 52 201 mężczyzn i 41 924 kobiet. Umieralność z powodu nowotworów jest w Polsce wyższa niż w krajach Unii Europejskiej o blisko 20% u mężczyzn i 10% u kobiet [7].

Rokowanie w chorobie jest mniej korzystne w krajach rozwijających się [6]. Chociaż w Polsce wzrasta liczba 5-letnich przeżyć chorych z nowotworem, to przeżywalność pacjentów

Adres do korespondencji: Ewa Smoleń, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Jana Grodka w Sanoku, ul. Mickiewicza 21, 38-500 Sanok, Polska
E-mail: ewasmolen@op.pl

Nadesłano: 5 lutego 2018; zaakceptowano do druku: 2 marca 2018

nadal należy do najniższych w Europie [8]. W Polsce jednoroczne przeżycia wynoszą 57,3% dla mężczyzn i 78% dla kobiet. Ogółem przeżycia jednoroczne wynoszą 63,9%. Pięcioletnie przeżycia w przypadku nowotworów złośliwych wynoszą 45,5%, w tym dla kobiet 53% i 37,3% dla mężczyzn [7].

Choroby przewlekłe stanowią jeden z najpoważniejszych problemów zdrowotnych w krajach rozwiniętych. Jako sytuacje złożone, trudne poznawczo, społecznie, emocjonalnie i egzystencjalnie są istotnym dla człowieka stresorem. Sytuacja stresu psychologicznego wpływa na poziom funkcjonowania organizmu i zdrowie, a jego skutki mogą być natychmiastowe lub odległe i dotyczyć różnych obszarów życia [9, 10]. Subiektywne cechy choroby dotyczą jednostkowego przeżywania i ustosunkowania się danej osoby do choroby. Bez względu na rodzaj choroby przewlekłej odnoszą się do właściwości samej choroby i przebiegu procesów poznawczych oraz emocjonalnych pojawiających się u chorego po rozpoznaniu choroby. Osoby chore od chwili pojawienia się pierwszych objawów choroby do momentu diagnozy doświadczają głównie negatywnych emocji, jak: niepokój, smutek, złość, lęk, poczucie bezsilności i bezradności oraz poczucie winy i wstydu. Specyfika następstw choroby wynika z objawów klinicznych, utrudnień i ograniczeń oraz zastosowanych procedur leczenia [10].

Rak to choroba uznawana w społeczeństwie za nieuleczalną, a nawet wyrok. Budzi wstyd i prowadzi do niskiej samooceny. Zarówno samoocena, jak i akceptacja są istotne w czasie leczenia choroby nowotworowej [9, 11]. Choroba nowotworowa to choroba przewlekła, która zmienia radykalnie życie. Priorytetowe stają się procesy poznawcze i emocjonalne związane z chorobą. Pojawiają się negatywne emocje, które wpływają na poziom akceptacji choroby, przystosowanie do życia i powrót do zdrowia [9, 11]. Choroba ta niesie wiele konsekwencji psychicznych i społecznych. Wymaga dostosowania się do zmienionych warunków w wielu dziedzinach życia [12]. Adaptacja do choroby to umiejętność radzenia sobie z chorobą i jej konsekwencjami (ból, cierpieniem, osamotnieniem i złym samopoczuciem) [13–15]. Wyznacznikiem procesu adaptacji do choroby jest akceptacja, czyli zgoda na określone zmiany w życiu. W chorobie przewlekłej brak akceptacji stanu zdrowia prowadzi do bezradności i wyczerpania, a nawet zaburzeń psychicznych [16–18]. Akceptacja oznacza „przyjęcie jakiegoś sądu, opinii, poglądu, zachowania, przychylnie postawy lub wyrażenie zgody na coś”. Wpływa na obraz własnej osoby – samoocenę, czyli uznanie dla siebie samego. Dotyczy wyglądu zewnętrznego, intelektu, charakteru, dojrzałości emocjonalnej, kontaktów interpersonalnych i aspiracji życiowych [9, 11].

Dostosowanie psychologiczne do chorób przewlekłych wspomagają: aktywność, wyrażanie emocji, zaangażowanie w samodzielne zarządzanie i koncentracja na pozytywnych aspektach choroby. Takie postawy i działania pozwalają na pomyślne dostosowanie się do wyzwań wynikających z choroby przewlekłej [19]. Każdy człowiek reaguje na rozpoznanie choroby indywidualnie, w zależności od cech osobowości oraz wykształconych mechanizmów obronnych. Postawa pacjenta wobec choroby wpływa na jakość życia i wynik leczenia oraz sposób postępowania. Osoby, które akceptują chorobę, podejmują walkę o powrót do zdrowia, a dodatkowo doświadczają mniej negatywnych emocji [13, 20]. Celem przedstawionych badań było określenie czynników warunkujących akceptację choroby u pacjentów leczonych onkologicznie.

MATERIAŁ I METODY

Badaniem objęto 229 pacjentów Szpitala Specjalistycznego Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego im. ks. B. Markiewicza w Brzozowie. Dobór badanych był losowy. Pacjenci wyrazili zgodę na udział w badaniu. Kryteriami włączenia respondentów do badań były: zdiagnozowanie nowotworu, podjęcie leczenia choroby nowotworowej, stan zdrowia pozwalający na wypełnienie kwestionariuszy ankiet oraz zgoda na udział w badaniach. Prowadzono je metodą sondażu diagnostycznego i techniką ankiety. W analizie statystycznej przyjęto poziom istotności $p \leq 0,05$. Zastosowano testy różnic średnich U Manna–Whiteya oraz Kruskala–Wallisa, korelację tau-c Kendalla, jak również miarę symetryczną V Cramera bazującą na teście chi-kwadrat. Zastosowano dwa narzędzia badawcze: autorski kwestionariusz ankiety oraz Skalę Akceptacji Choroby (AIS – *Acceptance of Illness Scale*). Autorski kwestionariusz ankiety zawierał pytania dotyczące sytuacji bio-psycho-społecznej pacjentów (miejsce zamieszkania, wykształcenie, stan cywilny, aktywność zawodowa) oraz zdrowotnej (funkcjonowanie w życiu codziennym, stan zdrowia, czas rozpoznania i trwania choroby, rodzaj leczenia, dolegliwości bólowe związane z chorobą). Skala AIS stosowana jest w badaniu stopnia akceptacji choroby. Autorami jej są B.J. Felton, T.A. Revenson i G.A. Hinrichsen (1984), a polskiej adaptacji dokonał Z. Juczyński. Zdaniem Juczyńskiego jest ona trafnym predykatorem jakości życia w chorobie, utożsamianej z poczuciem satysfakcji z życia oraz oceną aktualnego stanu zdrowia [20, 21]. Pozwala określić ograniczenia i trudności wynikające z choroby. Opisuje osiem stwierdzeń dotyczących negatywnych konsekwencji złego stanu zdrowia, które odnoszą się do uznania ograniczeń wynikających z choroby, braku samowystarczalności, poczucia zależności od innych oraz obniżonego poczucia własnej wartości. Odpowiedzi na osiem stwierdzeń prezentowane są w 5-stopniowej skali Likerta, w której 1 oznacza „zdecydowanie zgadzam się”, a 5 „zdecydowanie nie zgadzam się”. Zakres skali mieści się w obszarze od 8 do 40 pkt [13, 20]. Ogólną miarę stopnia akceptacji choroby stanowi suma wszystkich uzyskanych punktów. Za niski wynik uznaje się wartości punktowe 19 pkt i poniżej, za średnie przedział punktów od 20 do 29, a za wysokie powyżej 30 pkt [13]. Niski wynik wskazuje na brak akceptacji i przystosowania, a także silne poczucie dyskomfortu psychicznego, natomiast wysoki wynik świadczy o lepszej adaptacji choroby i akceptacji stanu chorobowego oraz braku negatywnych emocji, co jest wyrazem mniejszego poczucia dyskomfortu psychicznego [13, 20].

Średnia wieku badanych wyniosła 56,1 lat, najmłodsza osoba miała 18 lat, a najstarsza 84 lata. Niemal jedna czwarta badanych (24,9%) to osoby w przedziale wieku od 61 do 70 lat. Nieznacznie mniej osób było w przedziałach wiekowych od 51 do 60 lat (22,3%) oraz od 41 do 50 lat (21,8%). Osoby w wieku powyżej 71 lat stanowiły 16,6% ogółu badanych, a najmniejszy odsetek to badani mający mniej niż 40 lat (14,4%). W badanej grupie 59,0% stanowiły kobiety, a 41,0% mężczyźni. Największy odsetek badanych deklaruował bycie w związku (66,4%). Pozostali respondenci byli stanu wolnego (33,6%). W mieście mieszkało 54,1%, a na wsi 45,9% respondentów. Najczęściej ankietowani posiadali wykształcenie średnie – 44,1% i zawodowe – 30,1%. Wykształcenie wyższe miało 15,7%, a podstawowe 10,0% respondentów. Najwięcej osób było już na emeryturze lub rencie (58,1%). Pracowało zawodowo 27,1% respondentów. Spośród tych,

którzy deklarowali konkretne źródło utrzymania, najmniej osób podało, iż są to zasiłki – 11,8%, natomiast inne źródła wskazało 4,0% badanych. Średni okres od rozpoznania choroby nowotworowej wyniósł 7,71 miesiąca, a czas leczenia 7,17 miesiąca. Pacjenci, poproszeni o ocenę swojego stanu zdrowia w skali od 1 do 5, przyznali średnią ocenę – 3,16 pkt. Nasilenie dolegliwości bólowych u chorych było na bardzo niskim poziomie – 3,38 pkt (tabela 1).

Tabela 1. Charakterystyka sytuacji klinicznej osób badanych

| Lp. | Sytuacja kliniczna badanych | n | X | Me | SD | Min. | Max. |
|-----|---|-----|------|------|-------|------|------|
| 1. | Czas od rozpoznania choroby (w miesiącach) | 229 | 7,71 | 5,00 | 10,88 | 1,0 | 84,0 |
| 2. | Czas od rozpoczęcia leczenia (w miesiącach) | 229 | 7,17 | 4,00 | 10,52 | 1,0 | 84,0 |
| 3. | Samooceńca stanu zdrowia* | 229 | 3,16 | 3,00 | 0,82 | 1,0 | 5,0 |
| 4. | Nasilenie dolegliwości bólowych** | 215 | 3,38 | 3,00 | 2,15 | 1,0 | 10,0 |

* – ocena w skali 1–5 (1 – najniższa, 5 – najwyższa)

** – ocena w skali 1–10 (1 – brak bólu, 10 – najwyższy poziom bólu)

n – liczba; X – średnia; Me – mediana; SD (Standard Deviation – odchylenie standardowe); Min. – minimum; Max. – maximum

Najczęściej pacjenci byli hospitalizowani z powodu raka piersi (18,3%). Nieznacznie mniejszy odsetek stanowili chorzy z rakiem jelita grubego (17,5%) oraz rakiem kości i skóry (15,3%). Nowotwory układu pokarmowego występowały u 13,5% chorych, a narządów rodnych (w tym jajnika i jąder i gruczołu krokowego) u 11,8% ogółu badanych. Rak płuca deklarowało 6,6% pacjentów, a układu krwiotwórczego i krwi 5,2% chorych. Najmniej chorych biorących udział w badaniu miało zdiagnozowane nowotwory układu moczowego (nerki, pęcherza moczowego) (4,8%) oraz sklasyfikowane jako inne (7,0%).

Analizując stopień akceptacji choroby, wykazano, że ponad połowa pacjentów (49,8%) przejawiała średni stopień (20–29 pkt) akceptacji choroby nowotworowej. Grupa stanowiąca 8,8% osób deklarowała wysoką akceptację choroby (30–40 pkt), natomiast niską akceptację (8–19 pkt) wykazano u 21,4% pacjentów. W badanej grupie średni stopień akceptacji choroby wyniósł 25,03 pkt (tabela 2). Średnie wartości ośmiu kryteriów skali AIS zostały ocenione w przedziale punktów od 2,61 do 3,44 ($x=3,13$). Najwyższą średnią w zakresie ośmiu elementów kwestionariusza AIS pacjenci wykazali w odniesieniu do piątego kryterium „Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla rodziny i przyjaciół” (3,44 pkt), a najniższą w odniesieniu do pierwszego kryterium „Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę” (2,61 pkt). Pozostałe wyniki przedstawiono w tabeli 2.

Stopień akceptacji choroby w skali AIS nie miał związku z nasileniem występowania dolegliwości bólowych – $p=0,33$. Wyższy stopień akceptacji choroby odnotowano u pacjentów wskazujących na wysoką ocenę stanu zdrowia (3,38 pkt), a niższy u chorych średnio oceniających stan zdrowia (3,06 pkt) – $p=0,018$ (tabela 3).

Pacjenci poniżej 40. r.ż. uzyskali wyższy średni poziom akceptacji choroby (29,67 pkt) niż osoby w przedziale wieku 51–60 lat (22,98 pkt) oraz powyżej 70. r.ż. (23,11 pkt) – $p<0,0001$ (tabela 4).

Akceptacja choroby przez badanych wyrażona w postaci trzech stopni poziomu akceptacji choroby w skali AIS była także zróżnicowana ze względu na wiek badanych (tabela 5). Wysokie wyniki (30–40 pkt) uzyskało 63,6% osób poniżej 40. r.ż. i tylko 15,8% respondentów powyżej 71. r.ż. – $p=0,002$

Tabela 2. Średnie wartości stwierdzeń w skali AIS u osób leczonych onkologicznie

| Lp. | AIS (8–40 pkt.) | n | X | Me | SD | Min. | Max. |
|--------|---|-----|-------|-------|------|------|------|
| 1. | Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę | 229 | 2,61 | 3,00 | 1,36 | 1,00 | 5,00 |
| 2. | Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię | 229 | 2,91 | 3,00 | 1,23 | 1,00 | 5,00 |
| 3. | Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny | 229 | 3,27 | 3,00 | 1,25 | 1,00 | 5,00 |
| 4. | Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych, niż tego chcę | 229 | 3,22 | 3,00 | 1,26 | 1,00 | 5,00 |
| 5. | Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla rodziny i przyjaciół | 229 | 3,44 | 4,00 | 1,29 | 1,00 | 5,00 |
| 6. | Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem | 229 | 3,15 | 3,00 | 1,27 | 1,00 | 5,00 |
| 7. | Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być | 229 | 3,22 | 3,00 | 1,22 | 1,00 | 5,00 |
| 8. | Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby | 229 | 3,24 | 3,00 | 1,31 | 1,00 | 5,00 |
| Ogółem | | 229 | 3,13 | 3,00 | 1,27 | 1,00 | 5,00 |
| | | | 25,03 | 24,00 | 7,53 | 8 | 40 |

Tabela 3. Akceptacja choroby u osób leczonych onkologicznie a ocena stanu zdrowia

| Lp. | | AIS | Ocena stanu zdrowia* |
|-----------|----------------|-----|----------------------|
| 1. | Wyniki niskie | X | 3,08 |
| | | n | 49 |
| 2. | Wyniki średnie | X | 3,06 |
| | | n | 114 |
| 3. | Wyniki wysokie | X | 3,38 |
| | | n | 66 |
| Ogółem | | X | 3,16 |
| n | | 229 | |
| Z = 0,018 | | | |

* – w skali od 1 do 5 (1 – najniższy, 5 – najwyższy)

Z – test Kruskala–Wallisa

(tabela 5). Niski poziom akceptacji choroby (8–19 pkt) najczęściej stwierdzono u chorych powyżej 71. r.ż. (28,9%), a najrzadziej u osób poniżej 40. r.ż. (15,2%) – $p=0,002$ (tabela 5). Trzech stopni poziomu akceptacji choroby i średniego poziomu akceptacji choroby nie różnicowały miejsce zamieszkania – $p>0,05$ ani wykształcenie – $p>0,05$ oraz płeć badanych – $p>0,05$. Ponad dwukrotnie większy odsetek pacjentów będących w związkach (35,5%) uzyskał wysoki stopień akceptacji choroby w porównaniu do osób stanu wolnego (15,6%) – $p=0,003$ (tabela 5). Średni poziom akceptacji choroby częściej wykazali chorzy niebędący w związku (63,6%) niż ci, deklarujący związek z partnerem (42,8%) – $p=0,003$ (tabela 5). Pozostałe wyniki przedstawiono w tabeli 5. Osoby pracujące zdecydowanie częściej przejawiały wyższy poziom akceptacji choroby (50,0%) niż osoby będące na rencie lub

Tabela 4. Stopień akceptacji choroby (AIS) u osób leczonych onkologicznie a wiek badanych

| Lp. | Wiek (w latach) | AIS | |
|--------|-----------------|--------------|-------|
| | | X | n |
| 1. | 40 i poniżej | X | 29,67 |
| | | n | 33 |
| 2. | 41–50 | X | 24,96 |
| | | n | 50 |
| 3. | 51–60 | X | 22,98 |
| | | n | 51 |
| 3. | 61–70 | X | 25,49 |
| | | n | 57 |
| 4. | 71 i powyżej | X | 23,11 |
| | | n | 36 |
| Ogółem | | X | 25,04 |
| n | | | 227 |
| Z | | $p < 0,0001$ | |

Z – test Kruskala–Wallisa

Tabela 5. Akceptacja choroby u osób leczonych onkologicznie a zmienne socjodemograficzne

| Lp. | Zmienna | AIS | | | | | | Ogółem | |
|--------|--------------------|---|-----|----------------|-----|----------------|-----|--------|-----|
| | | Wyniki niskie | | Wyniki średnie | | Wyniki wysokie | | | |
| | | n | % | n | % | n | % | | |
| 1. | Wiek (w latach) | poniżej 40 | 5 | 15,2 | 7 | 21,2 | 21 | 63,6 | 33 |
| | | 41–50 | 9 | 18,0 | 26 | 52,0 | 15 | 30,0 | 50 |
| | | 51–60 | 12 | 23,5 | 31 | 60,8 | 8 | 15,7 | 51 |
| | | 61–70 | 12 | 21,1 | 29 | 50,9 | 16 | 28,1 | 57 |
| | | 71 i powyżej | 11 | 28,9 | 21 | 55,3 | 6 | 15,8 | 38 |
| Ogółem | 49 | 21,4 | 114 | 49,8 | 66 | 28,8 | 229 | | |
| | | $p = 0,002$, Tau-c Kendalla = -0,19 | | | | | | | |
| 2. | Stan cywilny | wolny | 16 | 20,8 | 49 | 63,6 | 12 | 15,6 | 77 |
| | | w związku | 33 | 21,7 | 65 | 42,8 | 54 | 35,5 | 152 |
| | | Ogółem | 49 | 21,4 | 114 | 49,8 | 66 | 28,8 | 229 |
| | | $p = 0,003$, V Cramera = 0,23, chi-kwadrat = 11,55 | | | | | | | |
| 3. | Aktywność zawodowa | praca | 8 | 12,9 | 23 | 37,1 | 31 | 50,0 | 62 |
| | | zasiłki | 7 | 20,6 | 20 | 58,8 | 7 | 20,6 | 34 |
| | | renta / emerytura | 34 | 25,6 | 71 | 53,4 | 28 | 21,1 | 133 |
| | | Ogółem | 49 | 21,4 | 114 | 49,8 | 66 | 28,8 | 229 |
| | | $p = 0,001$, V Cramera = 0,21, chi-kwadrat = 19,32 | | | | | | | |

emeryturze (21,1%) oraz na zasiłkach (20,6%) – $p=0,001$ (tabela 5). Niższe wyniki w skali akceptacji choroby uzyskano u osób będących na emeryturze lub rencie (25,6%) w porównaniu do osób pracujących (12,9%) – $p=0,001$ (tabela 5).

Wysoki stopień akceptacji choroby wykazano najczęściej u pacjentów leczonych tylko operacyjnie (48,0%), a najrzadziej u osób poddanych trzem metodami terapii (operacyjnej, radioterapii i chemioterapii) (16,7%) – $p=0,02$ (tabela 6). Najniższy stopień akceptacji choroby wskazywały trzykrotnie częściej osoby poddane leczeniu zabiegowemu, radioterapii i chemioterapii (24,4%) niż leczone tylko operacyjnie (8,0%) – $p=0,02$ (tabela 6). Pozostałe wyniki przedstawiono w tabeli 6. Stopień akceptacji choroby nie miał związku z odczuwaniem dolegliwości bólowych związanych z chorobą, leczeniem

Tabela 6. Stopień akceptacji choroby u osób leczonych onkologicznie a rodzaj leczenia

| Lp. | AIS | Rodzaj zastosowanego leczenia | | | |
|--------|------------------------|-------------------------------|---|--------------------------------|-------|
| | | operacyjne | operacyjne/ radioterapia/ chemioterapia | radioterapia/ chemioterapia | |
| 1. | Wyniki niskie (8–19) | n | 2 | 19 | 28 |
| | | % | 8,0 | 24,4 | 22,2 |
| 2. | Wyniki średnie (20–29) | n | 11 | 46 | 57 |
| | | % | 44,0 | 59,0 | 45,2 |
| 3. | Wyniki wysokie (30–40) | n | 12 | 13 | 41 |
| | | % | 48,0 | 16,7 | 32,5 |
| Ogółem | | n | 25 | 78 | 126 |
| | | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

 $p = 0,02$, V Cramera = 0,16, chi-kwadrat = 12,27**Tabela 7.** Stopień akceptacji choroby przez hospitalizowanych a rodzaj nowotworu

| Lp. | Rodzaj nowotworu | AIS | |
|--------|---|------------|-------|
| 1. | Rak piersi | x | 23,81 |
| | | n | 42 |
| 2. | Rak jelita grubego | x | 24,18 |
| | | n | 40 |
| 3. | Rak kości i szpiczak mnogi oraz rak skóry | x | 27,29 |
| | | n | 35 |
| 4. | Rak układu pokarmowego | x | 22,84 |
| | | n | 31 |
| 5. | Rak płuca | x | 29,13 |
| | | n | 15 |
| 6. | Rak krwi i układu krwiotwórczego | x | 20,83 |
| | | n | 12 |
| 7. | Rak układu moczowego (nerki, pęcherza moczowego) | x | 26,45 |
| | | n | 11 |
| 8. | Rak narządów rodnych (w tym jajnika i jąder i gruczołu krokowego) | x | 25,48 |
| | | n | 27 |
| 9. | Inne | x | 27,25 |
| | | n | 16 |
| Ogółem | | x | 25,03 |
| | | n | 229 |
| | Z | $p = 0,02$ | |

Z – test Kruskala–Wallisa

i powikłaniami wynikającymi z choroby nowotworowej oraz leczenia, a także przyjmowaniem leków przeciwbólowych – $p>0,05$.

Najwyższą akceptację choroby nowotworowej odnotowano u pacjentów z rakiem płuca (29,13 pkt), a najniższą u chorych z rakiem krwi i układu krwiotwórczego (20,83 pkt) – $p=0,02$ (tabela 7). Pozostałe odpowiedzi zamieszczono w tabeli 7.

Wyniki stopnia akceptacji choroby u osób z chorobą nowotworową przedstawione w postaci średniej potwierdziły dane wg wartości stenowych. U chorych z rakiem krwi i układu krwiotwórczego największy odsetek (58,3%) uzyskał niższe wartości akceptacji choroby, natomiast najwięcej wyników wysokich było u osób z rakiem płuca (53,3%) – $p=0,02$ (tabela 8).

Tabela 8. Stopień akceptacji choroby przez hospitalizowanych a rodzaj nowotworu

| AIS | Rodzaj nowotworu | | | | | | | | | |
|----------------|------------------|--------------------|---|------------------------|-----------|----------------------------------|--|---|-------|-------|
| | Rak piersi | Rak jelita grubego | Rak kości i szpicażak mnogim oraz rak skóry | Rak układu pokarmowego | Rak płuca | Rak krwi i układu krwiotwórczego | Rak układu moczowego (nerki, pęcherza moczowego) | Rak narządów rodnych (w tym jajnika i jąder i gruczołu krokowego) | Inne | |
| Wyniki niskie | N | 9 | 9 | 5 | 9 | 2 | 7 | 1 | 6 | 1 |
| | % | 21,4 | 22,5 | 14,3 | 29,0 | 13,3 | 58,3 | 9,1 | 22,2 | 6,3 |
| Wyniki średnie | N | 25 | 23 | 16 | 17 | 5 | 1 | 6 | 11 | 10 |
| | % | 59,5 | 57,5 | 45,7 | 54,8 | 33,3 | 8,3 | 54,5 | 40,7 | 62,5 |
| Wyniki wysokie | N | 8 | 8 | 14 | 5 | 8 | 4 | 4 | 10 | 5 |
| | % | 19,0 | 20,0 | 40,0 | 16,1 | 53,3 | 33,3 | 36,4 | 37,0 | 31,3 |
| Ogółem | N | 42 | 40 | 35 | 31 | 15 | 12 | 11 | 27 | 16 |
| | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

$p = 0,02$, V Cramera = 0,25

DYSKUSJA

Choroba nowotworowa zaburza funkcjonowanie fizyczne i psychiczne oraz społeczne pacjenta. Trudnościami i dolegliwościami fizycznym towarzyszą negatywne emocje obniżające jakość życia chorych. Jak wynika z badań, wyższy stopień akceptacji choroby nowotworowej obniża poziom lęku i depresji [22].

W onkologii prowadzono dotąd badania dotyczące akceptacji choroby w odniesieniu do kobiet z nowotworami piersi [22–24], macicy [25], białaczką [26], rakiem jelita grubego [27]. Autorzy podkreślają, że w chorobach onkologicznych stopień akceptacji choroby jest niższy niż w innych chorobach przewlekłych nienowotworowych [28].

Analizując stopień akceptacji choroby w badaniach własnych, należy stwierdzić, iż niemal połowa pacjentów (49,8%) uzyskała średni stopień (20–29 pkt) akceptacji choroby nowotworowej. U 28,8% osób stwierdzono wysoką akceptację choroby (30–40 pkt), natomiast niską akceptację (8–19 pkt) wykazano u 21,4% pacjentów. Nieznacznie mniejszy średni stopień akceptacji choroby (35,2%) uzyskały u pacjentów Pawlik i Kaczmarek-Borowska [23]. Niski poziom akceptacji choroby był w tychże badaniach zbliżony do wyników badań własnych (18,5%), natomiast wysoki odnotowano u większego odsetka pacjentów (46,3%) niż w badaniach własnych. U Lewandowskiej-Abucewicz i wsp. [24] mniej osób niż w badaniach własnych uzyskało średni stopień akceptacji choroby (30,0%), natomiast wysoki – zdecydowanie więcej niż u pacjentów leczonych w ośrodku onkologicznym na Podkarpaciu (42,0%). Niski stopień akceptacji u Lewandowskiej-Abucewicz i wsp. [24] przejawiało 28% pacjentów, co odbiegało znacznie od wyników badań własnych. Kozera [22] uzyskała wyniki odmienne od wyników badań własnych i innych autorów. Średni stopień akceptacji choroby wykazało 19,0% respondentów, czyli najmniej spośród wszystkich badanych. Niemal czterokrotnie większy odsetek pacjentów (79,0%) w badaniach Kozery [22] niż w badaniach własnych uzyskał niski stopień akceptacji choroby. Był to jednocześnie najbardziej niekorzystny wynik odnotowany spośród analizowanych badań. Zwraca uwagę fakt, że w badaniach tej autorki zaledwie 2,0% pacjentów przejawiało wysoki stopień akceptacji choroby, co stanowi niemal piętnastokrotnie mniej osób niż w badaniach własnych oraz ponad trzydziestokrotnie mniej w porównaniu do badań Wiraszka i Lelonek [26].

Średni stopień akceptacji choroby w badanej grupie wyniósł 25,03 pkt, co wskazuje na średnią akceptację choroby nowotworowej. Nieznacznie wyższy średni stopień akceptacji choroby (26,53%) uzyskali Lewandowska-Abucewicz i wsp. (26,8 pkt) [24]. Najwyższy stopień akceptacji choroby u pacjentów (27,44 pkt) odnotowali Religioni i wsp. [29]. Uwzględniając rozpoznanie kliniczne, należy stwierdzić, iż najwyższe wyniki uzyskano w grupie pacjentów z rakiem prostaty (30,30 pkt), piersi (28,46 pkt) oraz jelita grubego (27,74 pkt), a najniższe u chorych na raka płuc (23,17 pkt). W badaniach Zielińskiej-Więckowskiej i Żychlińskiej [30] średni stopień akceptacji choroby nowotworowej u pacjentów wyniósł 19,15 pkt. Zbliżone wyniki uzyskała Kozak [31], w jej badaniach średni stopień akceptacji choroby nowotworowej wyniósł 18,6 pkt, przy czym najwyższy odnotowano u pacjentów z rakiem narządów rodnych (21,93 pkt), a najniższy u osób z rakiem jelita grubego (16,58 pkt). Wynik uzyskany w grupie chorych na raka jelita grubego odbiegał zdecydowanie od wyników Religioni i wsp. [29]. Najniższy średni stopień akceptacji choroby wśród pacjentów (14,50 pkt) uzyskała Kozera [22].

W badaniach własnych najwyższą ocenę pacjenci uzyskali w odniesieniu do kryterium „Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla rodziny i przyjaciół” (3,44 pkt). Nieznacznie niższą akceptację uzyskano w stosunku do stwierdzeń: „Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny” (3,27 pkt) oraz „Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby” (3,24 pkt). Na takim samym poziomie (3,22 pkt) badani ocenili kryteria „Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych, niż tego chcę” oraz „Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być”. Średnie wyniki uzyskano także w zakresie stwierdzenia „Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem” (3,15 pkt). Najniższą ocenę uzyskano w odniesieniu do dwóch stwierdzeń w skali AIS: „Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię” (2,91 pkt) oraz „Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę” (2,61 pkt). Zdecydowanie odmienne wyniki o niższych wartościach w odniesieniu do poszczególnych stwierdzeń odnoszących się do akceptacji choroby uzyskała Kozera [22]. I tak najwyżej badani ocenili trzecie stwierdzenie „Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny” (2,53 pkt), a najniżej ósme „Myślę, że ludzie

przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby” (1,46 pkt). Wszystkie stwierdzenia zostały ocenione na poziomie przeciętnym i niskim, czyli zdecydowanie niższe niż w badaniach własnych [22]. W badaniach przeprowadzonych przez Zielińską-Więckowską i Żychlińską [30] chorzy – odmiennie niż w badaniach Kozera [22] – najwyżej ocenili stwierdzenie ósme „Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby” (3,18 pkt), a najniżej drugie stwierdzenie „Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię” (1,82 pkt). W badaniach Religioni i wsp. [29] odmiennie niż w badaniach własnych pacjenci najwyżej ocenili piąte stwierdzenie „Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla rodziny i przyjaciół”, a najwyżej pierwsze stwierdzenie „Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę”.

W badaniach własnych zmienną, która miała wpływ na stopień akceptacji choroby nowotworowej, był wiek badanych. Najwyższy stopień akceptacji choroby nowotworowej wykazano u pacjentów poniżej 40. r.ż., a najniższy u chorych w wieku od 51. do 60. r.ż. i w wieku powyżej 70 lat. Podobną zależność niskiej akceptacji choroby nowotworowej w najstarszej grupie pacjentów wykazały Zielińska-Więckowska i Żychlińska [30]. W badaniach Lewandowskiej-Abucewicz i wsp. [24] oraz Pawlik i Kaczmarek-Brokowskiej [23] wiek chorych nie miał związku z akceptacją przez nich choroby nowotworowej.

Analizując pozostałe zmienne, wykazano w badaniach własnych zależność między stanem cywilnym a akceptacją choroby. Wyższą akceptację choroby uzyskano u osób będących w związku (35,5%) niż stanu wolnego (15,6%). Średnie wyniki mieli częściej pacjenci będący w związku (63,6%) niż niemający partnera (42,8%). Odmiennie jednak niż we własnych doniesieniach stan cywilny nie różnicował stopnia akceptacji choroby u Lewandowskiej-Abucewicz i wsp. [24].

Ponad dwukrotnie więcej pacjentów aktywnych zawodowo (50,0%) niż będących na emeryturze lub rencie (21,1%) oraz na zasiłku (20,6%) wykazało najwyższy stopień akceptacji choroby. Zdecydowanie większy odsetek osób leczonych onkologicznie, będących na emeryturze lub rencie (25,6%) w porównaniu do osób pracujących (12,9%) wykazał niski stopień akceptacji choroby. W badaniach Zielińskiej-Więckowskiej i Żychlińskiej [30] sytuacja socjalno-materialna nie miała związku z akceptacją choroby nowotworowej.

W badaniach własnych czynnikami socjo-demograficznymi nieróżnicującymi stopnia akceptacji choroby nowotworowej były: miejsce zamieszkania, wykształcenie oraz płeć badanych. W badaniach Lewandowskiej-Abucewicz i wsp. [24], Pawlik i Kaczmarek-Brokowskiej [23] oraz Zielińskiej-Więckowskiej i Żychlińskiej [30] – podobnie jak w badaniach własnych – miejsce zamieszkania i wykształcenie nie różnicowały stopnia akceptacji choroby.

Pacjenci leczeni onkologicznie poddawani są różnym metodom leczenia w zależności od rozpoznania klinicznego, stopnia zaawansowania choroby oraz ogólnego stanu zdrowia. Powszechnie stosuje się metody leczenia operacyjnego, chemioterapię oraz radioterapię. W badaniach własnych najwyższy stopień akceptacji choroby wykazano u osób leczonych operacyjnie (48,0%). Najmniej pacjentów akceptujących chorobę nowotworową było wśród osób poddawanych trzem metodom leczenia: radioterapii, chemioterapii i leczeniu zabiegowemu (16,7%). W badaniach Lewandowskiej-Abucewicz i wsp. [24] – odmiennie niż we własnych badaniach – metoda

leczenia nie wpływała na stopień akceptacji choroby nowotworowej.

Czynnikiem utrudniającym akceptację choroby przez chorych na nowotwory jest ból [9]. Akceptacja choroby nowotworowej w badaniach własnych nie miała związku z nasileniem dolegliwości bólowych. Nie ma więc doniesień naukowych dotyczących akceptacji choroby w aspekcie dolegliwości bólowych, co utrudnia porównanie wyników.

Ocena stanu zdrowia przez pacjentów miała związek ze stopniem akceptacji choroby nowotworowej. Im wyższa ocena stanu zdrowia, tym wyższy stopień akceptacji choroby. W badaniach Wiraszka [26] pacjenci, którzy nie mieli poczucia choroby, wykazywali wyższy stopień akceptacji choroby w porównaniu do osób z poczuciem choroby i brakiem informacji o leczeniu.

Stopień akceptacji choroby powiązany jest z czynnikami klinicznymi: stanem funkcjonalnym, nastrojem, strategią radzenia sobie ze stresem, liczbą zastrzeżeń, czasem trwania choroby. Ma związek także z czynnikami socjodemograficznymi, jak: wiek, płeć, wykształcenie, zawód, miejsce zamieszkania. Odniesienie AIS do powyższych zmiennych wyjaśnia konieczność prowadzenia badań w tym zakresie, pomimo że udział w badaniach może stanowić obciążenie dla pacjentów onkologicznych. Akceptacja choroby jest związana istotnie z czynnikami socjodemograficznymi i klinicznymi. Stąd jej ocena w opiece holistycznej chorób przewlekłych jest bardzo ważna [20]. Ocena stopnia akceptacji choroby jest nieodzowna w wyselekcjonowaniu osób potrzebujących działań wspierających pozwalających na przystosowanie się do choroby nowotworowej [22].

WNIOSKI

Czynniki mające związek z akceptacją choroby w badanej grupie pacjentów to wiek, stan cywilny, aktywność zawodowa oraz metoda leczenia i ocena stanu zdrowia. Płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie oraz występowanie dolegliwości bólowych nie różnicowały stopnia akceptacji choroby. Badani pacjenci przejawiali w większości średni i wysoki stopień akceptacji choroby nowotworowej. Taka postawa wobec choroby może pozytywnie wpływać na proces leczenia, ale również zapewniać wyższą jakość życia w chorobie.

PIŚMIENNICTWO

1. International Agency for Research on Cancer. Cancer Screening in the European Union (2017) Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening. Lyon 2017. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/major_chronic_diseases/docs/2017_cancer_screening_2ndreportimplementation_en.pdf.
2. OECD/EU (2016), “Cancer incidence”, in Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. doi: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2016-17-en.
3. Zatoński W, Sułkowska U, Przewoźniak K. Epidemiologia nowotworów złośliwych w Polsce. W: Potrykowska A, Strzelecki Z, Szymborski J, Witkowski J. Zachorowalność i umieralność na nowotwory a sytuacja demograficzna Polski. Wyd. Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2014: 30–49.
4. <http://onkologia.org.pl>.
5. 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.
6. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global Cancer Statistics. CA Cancer J Clin 2011; 61: 69–90.

7. <http://onkologia.org.pl> <http://onkologia.org.pl/nowotwory-zlosliwe-ogolem-2/>.
8. Zatoński WA, Sułkowska U, Didkowska J. Kilka uwag o epidemiologii nowotworów w Polsce. *Nowotwory. Journal of Oncology* 2015; 65, 3: 179–196.
9. Juczyński Z. Psychologiczne wyznaczniki przystosowania się do choroby nowotworowej. *Psychoonkologia* 1997; 2(1): 3–10.
10. Ziarko M. Zmaganie się ze stresem choroby przewlekłej. Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu im. A. Mickiewicza w Poznaniu, Poznań 2014.
11. de Walden-Głuszko K. *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. Warszawa: Wyd. PZWL; 2011.
12. Stanton AL, Revenson TA, Tennen H. Health Psychology: Psychological Adjustment to Chronic Disease. *Annual Review of Psychology* 2007; 58: 565–592.
13. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji zdrowia. Warszawa: Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2009.
14. Lechner SC, Zakowski SG, Antonii MH, Greenhawt M, Block K, Block P. Do sociodemographic and disease-related variables influence benefit-finding in cancer patients? *Psychooncology* 2003; 12: 491–499.
15. Dijkstra A, Buunk AP, Tóth G, Jager N. Psychological Adjustment to Chronic Illness: The Role of Prototype Evaluation in Acceptance of Illness. *Journal of Applied Biobehavioral Research* 2007; 12(3–4): 119–140. doi: 10.1111/j.1751-9861.2008.00018.x.
16. Miniszewska J, Wałęcka-Matyja K, Zalewska A. Osobowościowe korelaty akceptacji choroby w łuszczycy i hemofilii. W: Rzepa T, Szepietowski J, Żaba R (red.). *Psychologiczne i medyczne aspekty chorób skóry*. Wrocław: Wyd. Cornetis; 2011: 35–41.
17. Iosifescu DV, Nierenberg AA, Alpert JE i wsp. Comorbid medical illness and relapse of major depressive disorder in the continuation phase of treatment. *Psychosomatics* 2004; 45: 419–425.
18. Lewandowska-Abucewicz T, Kęcka K, Brodowski J. Akceptacja choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii w województwie zachodniopomorskim – badania wstępne. *Family Medicine & Primary Care Review* 2016; 18(2): 143–148.
19. de Ridder D, Geenen R, Kuijper R et al. Psychological adjustment to chronic disease. *The Lancet* 2008; 372(9634): 246–255. <https://doi.org/10.1016/S0140-67>.
20. Mazurek J, Lurbiński J. Skala Akceptacji Choroby i jej znaczenie w praktyce klinicznej. *Pol. Merk. Lek.* 2014; 36(212): 106–108.
21. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2001.
22. Kozera E. Zależność między akceptacją choroby a poziomem lęku i depresji pacjentek z nowotworem gruczołu piersiowego. *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia* 2015; 4(4): 85–88.
23. Pawlik M, Karczmarek-Borowska B. Akceptacja choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie* 2013; 2: 203–211.
24. Lewandowska-Abucewicz T, Kęcka K, Brodowski J. Akceptacja choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii w województwie zachodniopomorskim – badania wstępne. *Fam Med Prim Care Rev* 2016; 18(2): 143–148.
25. Kaźmierczak M, Kubiak I, Gebuza G. i wsp. Czynniki determinujące akceptację choroby przez kobiety leczone z powodu zmian patologicznych szyjki macicy. *Med Og Nauk Zdr.* 2015; 21(2): 181–186. doi: 10.5604/20834543.1152917.
26. Wiraszka G, Lelonek B. Funkcjonowanie chorego z białaczką a akceptacja choroby nowotworowej. *Studia Medyczne* 2008; 10: 21–26.
27. Kapela I, Bąk EA, Krzemińska SA i wsp. Ocena poziomu akceptacji choroby i satysfakcji z życia u chorych na raka jelita grubego leczonych chemioterapią. *Piel Zdr Publ.* 2017; 26(1): 53–61.
28. Mąć D, Fijałkowska S, Nycz K. Valuing crisis, acceptance of illness and social support among persons suffering from lung cancer. *Wsp. Onkol.* 2011; 16(6): 376–380.
29. Religioni U, Czerw A, Deptała A. Acceptance of Cancer in Patients Diagnosed with Lung, Breast, Colorectal and Prostate Carcinoma. *Iran J Public Health.* 2015; 44(8): 1135–1142.
30. Zielińska-Więckowska H, Żychlińska E. Akceptacja choroby nowotworowej i jej związek z jakością życia osób starszych objętych opieką paliatywną stacjonarną i domową. *Med. Rodz* 2015; 4(18): 151–156.
31. Kozak G. Zróżnicowanie strategii radzenia sobie z nowotworem chorych w przebiegu wybranych nowotworów złośliwych. *Anestezjologia i Ratownictwo* 2012; 6: 162–170.

Factors determining acceptance of the disease in oncologically treated patients

Abstract

Materials and method. The study involved 229 patients of the Specialist Hospital of Priest B. Markiewicz Podkarpackie Cancer Centre in Brzozów. The patients were selected at random. The method of a diagnostic survey and the questionnaire technique were used. The standardized research tool used was the: "Acceptance of Illness Scale" adapted by Z. Juczyński and the author-constructed questionnaire, Kendall's Tau-c correlation, as well as Cramer's V symmetric measure based on chi-square.

Results. The degree of acceptance of the disease in the examined group of patients was 25.03. Nearly a half of the patients (48.8%) showed a moderate level of cancer acceptance, 28.8% a high level, while 21.4% of patients demonstrated low acceptance. The highest acceptance of the disease was found in patients aged under 40, who were married and occupationally active. No differences in the degree of acceptance of the disease were observed according to gender, place of residence, education and the occurrence of pain.

Conclusions. Factors related with acceptance of the disease in the examined group of patients were age, marital status, occupational activity, as well as the method of treatment and assessment of the state of health. The largest number of patients demonstrated an average and high degree of acceptance of cancer. Such an attitude towards the disease may exert a positive effect on the treatment process, and also a higher quality of life in the disease.

Key words

cancer, treatment, AIS scale, disease acceptance