

## Nastrój jako wyznacznik akceptacji choroby pacjentów dializowanych

**Wstęp:** Nastrój można scharakteryzować jako subiektywny, względnie długotrwały stan emocjonalny. Natomiast wpływ nastroju na zdrowie somatyczne można rozpatrywać w dwóch aspektach: nastrój jako czynnik pośredniczący/przyczyna choroby lub jako jej konsekwencja. Celem niniejszej pracy było określenie związku nastroju osób leczonych nerkozastępczo z akceptacją choroby.

**Materiał i metodyka:** W badaniu wykorzystano Skalę Akceptacji Choroby (AIS) i Kwestionariusz Samopoczucia (POMS). Badania przeprowadzono w grupie 45 chorych przewlekle hemodializowanych w wieku 35-86 lat.

**Wyniki:** W badanej grupie większość chorych cechowało średnie nasilenie akceptacji choroby. Pacjenci częściej odczuwali nastrój negatywny niż pozytywny. Im osoby były bardziej aktywne, a mniej napięte, depresyjne, gniewne i zmęczone tym bardziej akceptowały chorobę, z którą przyszło im się zmagać. Głównym wyznacznikiem akceptacji choroby w badanej grupie był niski nastrój negatywny odczuwany przez pacjentów.

**Wnioski:** Ważnym elementem leczenia chorych dializowanych powinna być poprawa ich stanu psychicznego, szczególnie nastroju.

(NEFROL. DIAL. POL. 2014, 18, 27-31)

## Mood as acceptance of illness determinant of dialysis patients

**Introduction:** Mood can be characterized as subjective, relatively long lasting emotional state. The impact of the mood on health can be considered in two aspects: mood as an intermediary factor/cause of disease or as its result. The aim of following paper was to define the correlation between mood and acceptance of illness among the dialysed patient.

**Material and methods:** The Acceptance of Illness Scale (AIS) and Profile of Mood States (POMS) were used in this study. Study was conducted in group of 45 chronically dialyzed patients at age 35-86.

**Results:** In the study group, most patients were characterized by an average intensity of acceptance of the disease. Patients more often felt a negative mood than a positive one. The people that were more active and less tense, depressed, angry and tired were more accepting of the disease which they had to deal with. The main determinant of acceptance of the disease in this study group was a low negative mood experienced by the patients.

**Conclusions:** An important part of treating dialysed patient should be improvement of their mental state, and especially the mood.

(NEPROL. DIAL. POL. 2014, 18, 27-31)

### Wprowadzenie

Przystosowanie się do roli chorego bardzo często dotyczy znoszenia pobytu w szpitalu wraz ze wszystkimi specjalistycznymi zabiegami medycznymi. Pacjenci muszą poddawać się przykrym oddziaływaniom leczniczym, na które nie mają wpływu oraz często pokonywać trudności jakie niesie za sobą, konieczność wypełniania zaleceń lekarskich. Ponadto oczekuje się od nich zachowania względnej równowagi emocjonalnej w sytuacji, w której są powody do niepokoju, odczuwania bezradności i przygnębienia, a czasem do okazywania gniewu. Jednak zachowanie równowagi emocjonalnej i spokoju może okazać się ważne w trakcie choroby i dla procesu zdrowienia [1]. Sytuacja pacjentów poddanych terapii nerkozastępczej jest szczególnie trudna. Praktycznie u każdego chorego, nawet prawidłowo wyedukowanego i przygotowanego do terapii, pierwsze dializy powodują wysoki poziom stresu. Świadomość nieodwracal-

nie utraconego zdrowia i niezależności, oraz konieczność powierzenia swojego zdrowia i życia aparaturze i personelowi medycznemu, trwale wpływają na sposób postrzegania siebie, swojej sytuacji oraz na doświadczane samopoczucie [2-3]. Przewlekła choroba zmusza do ograniczenia lub zmian w pełnionych funkcjach, dlatego ważnym czynnikiem w procesie przystosowania się do niej jest jej akceptacja, która w istotny sposób przyczynia się do obniżenia negatywnych emocji.

### Nastrój i jego związek ze zdrowiem

Nastrój można ogólnie zdefiniować jako, stan emocjonalny, który trwa zwykle przez godziny, dni lub tygodnie [4]. Jest on zawsze obecny i nadaje afektywny koloryt wszystkiemu, co robimy [5]. Jest to stan subiektywny [6].

Związek nastroju ze zdrowiem somatycznym można rozpatrywać, podobnie jak inne aspekty emocjonalności, z dwóch

Małgorzata Anna BASIŃSKA<sup>1</sup>  
Małgorzata WARAKSA-WIŚNIEWSKA<sup>2</sup>  
Anna ANDRUSZKIEWICZ<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Zakład Psychopatologii i Diagnostyki Klinicznej Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy  
Kierownik:

Dr hab. M.A. Basińska prof. UKW

<sup>2</sup>Niepubliczny ZOZ Ośrodek Dializoterapii „Fresenius” w Bydgoszczy  
Kierownik:

Lek. med. M. Czyszcz

<sup>3</sup>CM UMK Toruń, Katedra i Zakład

Promocji Zdrowia

Kierownik:

Prof. dr hab. A. Goch

### Słowa kluczowe:

- nastrój
- akceptacja choroby
- pacjent dializowany

### Key words:

- mood
- acceptance of illness
- dialysed patient

### Adres do korespondencji:

Dr n. med. Andruszkiewicz Anna  
UMK w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy,  
Katedra i Zakład Promocji Zdrowia  
85-801 Bydgoszcz, ul. Techników 3  
Tel. 52- 585 21 93  
e-mail: anna.andruszkiewicz@cm.umk.pl

punktów widzenia: nastrój jako czynnik pośredniczący lub przyczyna choroby oraz nastrój jako skutek choroby. Nastrój wywołany chorobą zwykle charakteryzuje się; zmęczeniem, depresją lub przygnębieniem [7], a taki negatywny stan wpływa między innymi na funkcje immunologiczne. Badania pokazują, że osoby z bardziej nasilonym lękiem i depresją wykazują niższą odporność immunologiczną [8]. Wykazano, że osoby przejawiające negatywny nastrój mają niższy poziom aktywności komórek układu odpornościowego, limfocytów *Natural Killer* (NK), a osoby o nastroju pozytywnym cechuje wyższy poziom tych limfocytów [9,10].

W różnych schorzeniach obserwuje się wzrost lęku, napięcia, depresji i ogólnej frustracji, na przykład: u pacjentów po zawale mięśnia sercowego [11], u cierpiących na jądłowstręt psychiczny lub bulimie [12], u osób z chorobą Parkinsona [13], z epilepsją [14], u osób z nieuleczalnym zapaleniem wątroby typu C [15], u kobiet z chorobą nowotworową piersi [16], u pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów [17], u osób z chorobą Gravesa-Basedowa [18-20] czy po transplantacji organów [21]. Rezultatem takiego negatywnego nastroju jest obniżona jakość życia pacjentów [22-24] i generalnie gorsze funkcjonowanie [25].

Chorzy somatycznie doświadczają zwykle wielu zaburzeń emocjonalnych. Szczególnie, gdy choroba przebiega z powikłaniami można obserwować różne przejawy negatywnej emocjonalności [26,27], także u znacznej części pacjentów hemodializowanych obecne są zaburzenia emocjonalne i zaburzenia nastroju [2].

Procesy i stany emocjonalne są uważane za czynniki, które w znacznym stopniu mogą wpływać na zdrowie człowieka. Emocjonalność traktuje się między innymi jako wskaźnik zasobów do radzenia sobie z trudnościami, natomiast przejawy afektu negatywnego prawdopodobnie wskazują na niedostatek tych zasobów [7].

Nastrój pozytywny i optymizm pomagają jednostce w adaptacji do tak trudnej sytuacji, jaką jest choroba przewlekła, a w szczególności pomagają zaakceptować okoliczności w jakich przyszło jej żyć [28].

### Akceptacja choroby

Na sposób przystosowania do choroby i funkcjonowania w niej wskazuje m.in. stopień akceptacji. Jest on emocjonalnym wyznacznikiem sposobu funkcjonowania i przystosowania się do niej, przejawia się w niewielkim nasileniu negatywnych reakcji i emocji związanych z aktualną chorobą. Akceptacja choroby wiąże się z uznaniem jej ograniczeń. Gdy jest większa, wskazuje na lepsze przystosowanie i mniejsze poczucie dyskomfortu psychicznego. Zaakceptować własne schorzenie to rozpoznać i zrozumieć ograniczenia oraz straty z niego wynikające [29]. Pacjenci, którzy osiągnęli opisany wyżej stan, reagują na chorobę znacznie łagodniej niż ci, którzy nie mogą się pogodzić ze złym stanem zdrowia. Osoby pogodzone z własnym stanem zdrowia, pomimo chronicznych dolegliwości nie oczekują mało prawdopodobnych zdarzeń. Myślą realistycznie. Czują się sprawne, samowystarczalne, niezależne i ważne [30].

W grupie pacjentów z toczniem rumieniowatym akceptacja choroby była wraz z optymistycznym radzeniem sobie silnym predyktorem jakości życia [31]. W grupie osób z cukrzycą pacjenci akceptujący chorobę znacznie lepiej kontrolowały swój metabolizm [32,33]. W grupie osób z bólem przewlekłym akceptacja choroby wiązała się natomiast z mniejszym odczuwaniem bólu [34]. Zagadnienie to badano również u osób po transplantacji nerki. Ci, którzy pogodzili się ze swoimi problemami zdrowotnymi, cieszyli się dużo lepszym funkcjonowaniem przeszczepionego narządu [29].

Przytoczone powyżej wyniki badań wskazują, że akceptacja choroby nie jest wyrazem słabości i rezygnacji, lecz wynika z siły osoby, która przyjmuje i godzi się z tym, na co nie ma wpływu, a taka postawa pomaga jej funkcjonować w chorobie [35]. Akceptacja choroby jest o tyle ważna w schorzeniach, które mają przewlekły charakter, że gdy jest niska to może przekładać się na silną tendencję do rezygnacji z różnych form aktywności życiowych [36].

Badania nad uwarunkowaniami i skutkami akceptacji choroby, choć niezbyt liczne, wskazują na dwa ważne źródła, którymi są osobowość jednostki i właściwości choroby. W osobowości pozytywną rolę dla akceptacji pełni między innymi optymizm w grupie osób z chorobą Gravesa-Basedowa [28] i w grupie chorych na łuszczycę [37], oraz niskie nasilenie lęku jako cechy i pozytywny nastrój w grupie pacjentów chorych na miastenię [38].

Wykazano również, że akceptacja choroby wzrasta wraz z wiekiem pacjenta. Dzieje się tak, ponieważ różnorodnie dysfunkcje organizmu są bardziej społecznie akceptowane u osób starszych [33].

### Cel badania

Przedstawione wyniki badań i obserwacje kliniczne skłoniły do podjęcia próby empirycznej weryfikacji roli nastroju w grupie pacjentów dializowanych. Głównym celem była próba scharakteryzowania nastroju osób leczonych nerkozastępczo oraz określenie związku różnych rodzajów nastroju z akceptacją choroby przy uwzględnieniu: płci, wieku, czasu trwania choroby i czasu trwania leczenia nerkozastępczego.

### Materiał i metodyka

W celu udzielenia odpowiedzi na główne pytanie badawcze zastosowane trzy metody:

a) Skalę AIS (*Acceptance of Illness Scale*), którą opracowali: B.J. Felton, T.A. Revenson i G.A. Hinrichsen, zaś do warunków polskich zaadaptował ją Z. Juczyński. Skala AIS pozwala na ocenę stopnia akceptacji choroby przez pacjenta. Akceptacja choroby przejawia się w mniejszym nasileniu negatywnych reakcji i emocji związanych z chorobą i stosowaną terapią. Skala zawiera 8 stwierdzeń opisujących negatywne konsekwencje stanu zdrowia. Do każdego stwierdzenia badany ustosunkowuje się wskazując odpowiednią cyfrę, od 1 - zdecydowanie zgadzam się do 5 - zdecydowanie nie zgadzam się. Zaznaczenie odpowiedzi numer 1 oznaczało złe przystosowanie do choroby, natomiast odpowiedź numer 5 oznaczała pełną akceptację choroby. Suma

akceptacji choroby jest miarą wszystkich punktów i mieści się w przedziale od 8 do 40 punktów. Za niski wynik uważa się wartości poniżej 20 punktów, który oznacza brak lub niską akceptację i przystosowanie się do choroby oraz silne uczucie dyskomfortu psychicznego. Natomiast wartości powyżej 30 punktów oznaczają wysoką lub pełną akceptację własnego stanu zdrowia [30].

b) Do oceny stanu emocjonalnego osób badanych zastosowano Kwestionariusz Samopoczucia POMS (*Profile of Mood States*) autorstwa McNaira, Lorra i Droplemana [6]. Skala ta przeznaczona jest do badania młodzieży i dorosłych, składa się z 65 przymiotników określających różne stany emocjonalne i nastroje, w jakich może znajdować się człowiek. Badani pacjenci definiowali je, odpowiadając na pytanie kwestionariuszowe: *W jakim stopniu doznawałeś tego odczucia w ostatnim tygodniu?* Osoba badana określała stopień natężenia przymiotników na 5-punktowej skali (0 - zdecydowanie nie do 4 - zdecydowanie tak). Wyniki POMS ujmowane są w postaci sześcisu skal.

1. **Napięcie-Lęk** — definiuje się jako napięcie mięśniowe, niekiedy niewidoczne w obserwacji; jest to uogólniony stan dyskomfortu.

2. **Depresja-Przygnębienie** — jest definiowana jako nastrój smutku z poczuciem nieadekwatności; poczucie winy i emocjonalna izolacja od innych; poczucie mniejszej wartości.

3. **Gniew-Wrogość** — jest definiowany jako gniew i niechęć do innych, złośliwość, drażliwość, buntowniczość, zgorzkniałość oraz podstępność.

4. **Wigor-Aktywność** — jest definiowany jako stan dużej energii, ciągłej gotowości do działania i ożywienia; nastrój pogodny; ta skala negatywnie koreluje z pozostałymi pięcioma.

5. **Zmęczenie-Znużenie** — jest definiowane jako poczucie bezwładności, znużenia i niskiego poziomu energii; powolność i wyczerpanie.

6. **Zakłopotanie-Zmieszanie** — jest definiowane jako stan zdezorientowania, zagmatwania; trudność w koncentracji uwagi; zapominanie oraz poczucie braku skuteczności w działaniu [6].

Jak wynika z powyższych definicji pięciu skal opisują emocje negatywne, a zaledwie jedna z nich - Wigor-Aktywność - odnosi się do emocji pozytywnych. Zaznaczone odpowiedzi są zliczane, a ponieważ dla wersji polskiej nie ustalono norm, analizy są prowadzone na wynikach surowych. Nastrój negatywny określono za pomocą wyniku średniego, obliczonego za pomocą sumy wyników surowych skal nastroju, takich jak lęk, przygnębienie, gniew, znużenie i zakłopotanie, którą podzieloną przez liczbę przymiotników składających się na te wymiary. Natomiast nastrój pozytywny jest średnią wyników surowych pochodzących ze skali Wigor-Aktywność i podzieloną przez liczbę przymiotników składających się na ten wymiar. Zebrano wiele dowodów wskazujących na to, że POMS jest kwestionariuszem zarówno trafnym, jak i rzetelnym. Współczynniki zgodności wewnętrznej dla sześciu wyżej wymienionych skal wahały się 0,84-0,95 [39].

Ankiety osobową pozwalającą zebrać informacje demograficzne o badanych oraz o ich stanie zdrowia.

### Badane osoby

Razem przebadano 45 pacjentów (20 kobiet i 25 mężczyzn) poddawanych dializoterapii, jednak nie wszystkie badania były kompletne, dlatego w niektórych analizach brano pod uwagę wyniki mniejszej ilości osób. Średni wiek badanych wynosił 64 lata (SD=11,79) przy rozpiętości od 35 do 86 lat. Średni czas chorowania wynosił 9 lat (SD=7,03) przy rozpiętości od roku do 30 lat. Najczęściej badani pacjenci chorowali na nadciśnienie tętnicze (42 osoby), cukrzycę (24 osoby), choroby układu krążenia (32 osoby) i choroby układu krwiotwórczego (30 osób). Średni czas leczenia dializami wynosił 2,33 lata (SD=2,95; od 1 roku do 17 lat).

Większość badanych pozostawała w związku małżeńskim (26 osób) lub była wdowami/wdowcami (10 osób). Najczęściej mieli wykształcenie średnie (15 osób) i zawodowe (13 osób), a rzadziej podstawowe (9 osób) i wyższe (6 osób).

Badania były dobrowolne, prowadzone indywidualnie z zachowaniem wszystkich standardów, po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Collegium Medicum w Bydgoszczy.

### Wyniki

W badanej grupie większość chorych cechowało średnie nasilenie akceptacji choroby (M=25,68), (n=19; 47,5%), 10 osób (25%) miało niską, a pozostałe 11 (27,5%) wysoką akceptację choroby. Pacjenci częściej odczuwali nastrój negatywny niż pozytywny (p=0,0076) (Tab. I). Nie było różnic istotnych statystycznie między kobietami i mężczyznami, dlatego dalsze analizy były wykonane łącznie dla całej badanej grupy.

W kolejnym etapie analiz sprawdzono czy występuje związek między wiekiem badanych, czasem chorowania i czasem trwania leczenia dializą a analizowanymi zmiennymi. Nie stwierdzono związku istotnego statystycznie między czasem chorowania i czasem trwania dializoterapii z nastrojem. Ujawniły się natomiast związki istotne statystycznie między wiekiem badanych, a niektórymi wymiarami nastroju (Tab. II). Obserwowano dodatni związek statystyczny między wiekiem badanych a zmęczeniem-znużeniem, a ujemny związek statystyczny z nastrojem pozytywnym – wigorem-aktywnością. Gdy badani byli starsi to częściej odczuwali zmęczenie, a rzadziej czuli się aktywni i pełni wigor.

Nie stwierdzono związków istotnych statystycznie między akceptacją choroby a wiekiem badanych, czasem trwania choroby i czasem leczenia nerkozastępczego.

Następnie sprawdzono czy występuje związek między nastrojem a akceptacją choroby oraz sprawdzono czy nastrój jest predyktorem akceptacji choroby. Otrzymane wyniki (Tab. III) pokazują występowanie związku istotnego statystycznie między akceptacją choroby a wszystkimi wymiarami nastroju: dodatni z nastrojem pozytywnym – wigorem-aktywnością i ujemny z nastrojem negatywnym i wszystkimi jego podtypami. Im osoby są bardziej aktywne, a mniej napię-

Tabela I  
Statystyki opisowe w zakresie analizowanych zmiennych.  
Descriptive statistics for the analysed variables.

Analizowane zmienne	N	M	SD	Minimum	Maksimum
AIS	40	25,68	9,35	8,000	40,00
Napięcie, niepokój	41	14,54	8,96	0,000	35,00
Depresja, przygnębienie	41	20,90	14,88	0,000	59,00
Złość, wrogość	41	16,37	10,41	1,000	38,00
Wigor, aktywność	41	14,61	7,58	2,000	31,00
Zmęczenie, znużenie	41	12,15	6,81	0,000	26,00
Zakłopotanie, zmieszanie	41	10,83	6,37	0,000	24,00
NASTRÓJ POZYTYWNY	41	1,83	0,95	0,25	3,88
NASTRÓJ NEGATYWNY	41	1,31	0,76	0,07	3,11

Tabela II  
Wyniki korelacji porządku rang Spearmana pomiędzy wiekiem a nastrojem.  
The results of r-Spearman correlation between age of mood.

Pary zmiennych	N	R - Spearman	t(N-2)	p
Wiek & Napięcie, niepokój	41	0,107	0,67	0,505
Wiek & Depresja, przygnębienie	41	0,183	1,16	0,252
Wiek & Złość, wrogość	41	-0,065	-0,41	0,686
Wiek & Wigor, aktywność	41	-0,324	-2,14	0,039
Wiek & Zmęczenie, znużenie	41	0,392	2,66	0,011
Wiek & Zakłopotanie, zmieszanie	41	0,286	1,86	0,070
Wiek & NASTRÓJ POZYTYWNY	41	-0,324	-2,14	0,039
Wiek & NASTRÓJ NEGATYWNY	41	0,164	1,04	0,306

Tabela III  
Wyniki korelacji porządku rang Spearmana akceptacją choroby a nastrojem.  
The results of r-Spearman correlation between acceptance of illness of mood.

Pary zmiennych	N	R - Spearman	t(N-2)	p
Akceptacja choroby & Napięcie, niepokój	37	-0,634	-4,85	0,000
Akceptacja choroby & Depresja, przygnębienie	37	-0,730	-6,32	0,000
Akceptacja choroby & Złość, wrogość	37	-0,488	-3,30	0,002
Akceptacja choroby & Aktywność, wigor	37	0,663	5,24	0,000
Akceptacja choroby & Zmęczenie, znużenie	37	-0,709	-5,95	0,000
Akceptacja choroby & Zakłopotanie, zmieszanie	37	-0,743	-6,56	0,000
Akceptacja choroby & Nastrój pozytywny	37	0,663	5,24	0,000
Akceptacja choroby & Nastrój negatywny	37	-0,739	-6,49	0,000

te, depresyjne, gniewne, zmęczone i mniej zmieszane tym bardziej akceptują swoją chorobę, z którą przyszło im się zmagać.

By sprawdzić czy analizowane zmienne – demograficzne, charakterystyki choroby i nastrój – pełnią rolę wyznacznika dla akceptacji choroby zastosowano analizę regresji wielokrotnej. W podsumowaniu regresji można stwierdzić, że wszystkie zmienne łącznie wyjaśniają około 69% zmienności akceptacji choroby (Skoryg. R<sup>2</sup>=0,692; F(10,22)=8,176; p=0,0001). Szczególnie istotną rolę pełnią trzy wymiary nastroju: napięcie-niepokój, złość-wrogość i wigor-aktywność. Konfiguracja następujących cech: wysokie napięcie-niepokój i aktywność-wigor, oraz niska złość-wrogość pozwalają

przewidywać wyższą akceptację choroby w badanej grupie pacjentów. Potwierdzono brak predykcyjnej roli zmiennych demograficznych i charakterystyk choroby dla jej akceptacji (Tab. IV).

Wykonano również analizę regresji dla podziału na nastrój pozytywny i negatywny (Tab. V). W podsumowaniu regresji można stwierdzić, że wszystkie zmienne razem wyjaśniają około 63% zmienności akceptacji choroby (Skoryg. R<sup>2</sup>=0,629; F(6,26)=10,031; p=0,0001). Szczególnie istotna rola przypada nastrojowi negatywnemu. Z obu analiz regresji wielokrotnej wynika, że głównym wyznacznikiem akceptacji choroby w badanej grupie jest niski nastrój negatywny odczuwany przez pacjentów.



Tabela IV

## Wyniki analizy regresji dla zmiennej zależnej akceptacja choroby.

The results of the regression analysis for the dependent variable acceptance of illness.

Zmienne włączone do modelu	b*	Bł. std. - z b*	b	Bł. std. - z b	t(22)	p
W. wolny			12,298	10,846	1,134	0,269
Wiek	0,185	0,127	0,142	0,098	1,460	0,158
Płeć	0,161	0,139	2,998	2,589	1,158	0,259
Czas chorowania	-0,130	0,117	-0,180	0,161	-1,113	0,278
Czas dializoterapii	0,207	0,138	0,577	0,385	1,499	0,148
Napięcie, niepokój	0,864	0,341	0,897	0,354	2,535	0,019
Depresja, przygnębienie	-0,425	0,325	-0,273	0,209	-1,307	0,205
Złość, wrogość	-0,701	0,290	-0,641	0,265	-2,422	0,024
Wigor, aktywność	0,440	0,188	0,572	0,245	2,337	0,029
Zmęczenie, znużenie	-0,178	0,248	-0,254	0,354	-0,718	0,481
Zakłopotanie, zmieszanie	-0,177	0,232	-0,266	0,349	-0,760	0,455

Tabela V

## Wyniki analizy regresji dla zmiennej zależnej akceptacja choroby.

The results of the regression analysis for the dependent variable acceptance of illness.

Zmienne włączone do modelu	b*	Bł. std. - z b*	b	Bł. std. - z b	t(26)	p
W. wolny			21,596	9,7211	2,222	0,035
Wiek	0,138	0,125	0,106	0,0961	1,108	0,278
Płeć	0,033	0,115	0,607	2,1354	0,284	0,778
Czas chorowania	-0,118	0,120	-0,163	0,1661	-0,983	0,335
Czas dializoterapii	0,107	0,137	0,298	0,3805	0,783	0,441
Nastroj pozytywny	0,318	0,156	3,302	1,6184	2,040	0,052
Nastroj negatywny	-0,578	0,135	-7,318	1,7133	-4,271	0,000

## Dyskusja

Akceptacja choroby pozwala pacjentowi na prawidłowe funkcjonowanie mimo różnorodnych zagrożeń, ograniczeń i problemów, jakie ze sobą niesie utrata zdrowia. Świadomość przyczyn i skutków choroby, a także znajomość możliwych powikłań pozwala chorym na skuteczną samokontrolę oraz stosowanie zachowań prozdrowotnych w celu podniesienia jakości i przedłużenia życia [40].

Nie każda choroba przewlekła musi wpływać na pogorszenie jakości życia. Gdy powoduje uruchomienie indywidualnych zasobów, które pozwalają realizować wytyczone cele i zaspokajać ważne potrzeby, to rezultatem jest akceptacja choroby [41].

W badanej grupie akceptacja choroby była na przeciętnym poziomie, podobnie jak w grupach innych chorych przewlekle [42,43]. Nie ujawniła też związku z płcią, wiekiem oraz czasem trwania choroby i leczenia nerkozastępczego. Jak wskazują badania związek zmiennych demograficznych z akceptacją choroby jest różnicowany. Zmienne demograficzne nie pełnią roli predykcyjnej dla akceptacji choroby w łuszczycy [31], jednak ich znaczenie nie jest tak jednoznaczne, ponieważ są również doniesienia wskazujące na występowanie takich zależności [36,42-44]. Być może brak korelacji w badanej grupie jest związany dodatkowo z wiekiem pacjentów, są to osoby starsze średnia wynosiła 64 lata.

Warto pamiętać, że można wyjaśnić

uwarunkowania akceptacji choroby również inaczej uwzględniając dotychczasowe wyniki badań wskazujące na znaczącą rolę charakterystyk osobowościowych. Na przykład w grupie pacjentów z hemofilią i łuszczycą predyktorami akceptacji choroby są niektóre elementy obrazu siebie [31]. Również w grupie pacjentów z chorobą Graves-Basedowa i Hashimoto oraz z łuszczycą [35,44,45], to różne (np. przekonania na temat kontroli zdrowia, inteligencja emocjonalna, niski lęk czy nastrój pozytywny) właściwości osobowe wyjaśniały akceptację choroby. Podobne wyniki uzyskano w prezentowanych analizach nastrojów pacjentów leczonych nerkozastępczo pozwala na przewidywanie nasilenia akceptacji choroby.

Otrzymane wyniki pokazują, że badani mają wyższy negatywny nastrój niż pozytywny. Nie jest on jednak tak negatywny, jak to pokazały badania Berezy prowadzone wśród pacjentów znajdujących się w terminalnej fazie niewydolności nerek [46]. Tak więc, można stwierdzić, że to niski negatywny nastrój okazał się głównym wyznacznikiem akceptacji choroby w badanej grupie. Szczególna rola przypada niskiej złości-wrogości, która jawi się jako szczególnie niekorzystna dla zdrowia sprzyjając wystąpieniu chorób oraz wpływając na ich gorszy przebieg [47]. Częste doświadczanie wrogości powoduje aktywację neuroendokrynną osi stresu przyczyniając się do trwania organizmu w permanentnym stresie [48]. Negatywny nastrój (kiedy dominuje

lęk, depresja, gniew czy drażliwość) jest powiązany z wyższym poziomem kortyzolu, a pozytywny - z jego niższym poziomem. Zdaniem autorów wskazuje to na znaczenie czynników psychospołecznych w przebiegu procesu autoimmunologicznego, gdy doświadczamy negatywnych emocji obniża się odporność naszego organizmu [49]. Dlatego zrozumiemy wydaje się wynik wskazujący, że wysoka aktywność-wigor są wyznacznikiem akceptacji choroby w badanej grupie.

Natomiast niezrozumiała jest rola nastroju napięcia-niepokoju, który w prostej korelacji z akceptacją choroby jawi się jako nie sprzyjający akceptacji choroby. Jednak w zespole cech jego rola uległa znaczącej zmianie – to wysokie napięcie-niepokój wraz z niską złością i wysoką aktywnością okazały się wyznacznikiem akceptacji choroby. Wydaje się, że należy analizować te trzy predyktory razem. Być może to napięcie jest motorem aktywności, daje siłę do działania i dlatego w zespole cech jego rola ma charakter wzmacniający akceptację choroby, pomimo, że samodzielnie jej nie sprzyja. Należy ostrożnie podejść do tego wyniku ze względu na niewielką liczebność badanej grupy. Może on być charakterystyczny tylko dla nich.

Badania innych chorych pokazują, że nastrój bywa u nich zróżnicowany. Osoby z chorobą Gravesa-Basedowa i z chorobą Hashimoto różnią się między sobą w zakresie napięcia-lęku. Ponadto, stwierdzono większy niepokój, smutek, zakłopotanie oraz mniejszą aktywność w grupie osób z chorobą Gravesa-Basedowa. Osoby z chorobą Hashimoto jawiły się jako podobne do osób zdrowych, bez cech nasilonej depresji, drażliwości czy zakłopotania. Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie w nastroju ze względu na stan kliniczny wyrażony w: czasie chorowania, występowaniu powikłań i współwystępowaniu innych chorób. Natomiast poziom stężenia hormonów tarczycy ujawniał związek z nastrojem [50].

W badanej grupie cechy chorowania nie ujawniły związku z nastrojem, ale jak wcześniej przedstawiono bywa różnie. Natomiast wiek pacjentów okazał się istotny. Im starszy wiekiem byli badani leczeni dializami tym też byli coraz bardziej znużeni i mniej aktywni. Wychodząc z teorii rozwoju wydaje się, że ta zależność jest zrozumiała. Starszy człowiek chory przewlekle ma coraz mniejszy napęd życiowy [51].

Podsumowując warto za Hobfollem powtórzyć, że do powstania większości schorzeń nie przyczynia się samo stresujące środowisko, ale chronicznie utrzymujące się negatywne emocje spowodowane trudnościami w dostosowaniu się funkcjonującej w nim osoby. Wymagania środowiska okazują się źródłem stresu nie tylko ze względu na zagrożenia z niego płynące, czy zasoby osobiste, jakie jednostka posiada. Decyduje o tym poziom umiejętności dopasowania sposobów radzenia sobie do stawianych przed nią wymagań. W tej interakcji należy szukać źródeł stresu. Dopasowanie w tym wypadku jest rozumiane jako elastyczne i zmienne zachowanie w obrębie sytuacji społecznych, które daje szansę poradzenia sobie z wymaganiami i presją środowiska. Dopasowanie zakłada także kształtowanie posiadanych i osiągalnych zasobów, tak

by się przystosować do zaistniałej sytuacji [35-52].

### Wnioski

1. W badanej grupie większość chorych cechowała średnie nasilenie akceptacji choroby

2. Osoby, które są bardziej aktywne, a mniej napięte, depresyjne, gniewne, zmęczone i mniej zmieszane bardziej akceptują swoją chorobę, z którą przyszło im się zmagać.

3. Nastrój okazał się ważnym aspektem funkcjonowania pacjentów, pomaga im zaakceptować sytuację w jakiej przyszło im żyć, dlatego powinien on być monitorowany podczas leczenia zwłaszcza chorych przewlekle.

### Piśmiennictwo

1. **Sheridan C, Radmacher SA:** Psychologia zdrowia: wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia. Instytut Psychologii Zdrowia Warszawa 1998.
2. **Sapilak BJ, Steciwko A:** Depresja i zaburzenia lękowe występujące trakcie leczenia nerkozastępczego - jak postępować z pacjentem (na podstawie trzyletnich badań własnych). *Pol Med Rodz.* 2004; 3: 1345-1349.
3. **Sapilak BJ, Kurpas ??, Steciwko A, Melon M:** Czy jakość życia jest istotna dla chorych dializowanych? Na podstawie 3-letniej obserwacji pacjentów. *Prob Lek.* 2006; 45: 89-93.
4. **Oatley K, Jenkins JM:** Zrozumieć emocje. PWN Warszawa 2003.
5. **Davidson RJ:** O emocji, nastroju i innych pojęciach afektywnych. W: Ekman P, Davidson RJ, (red.) *Natura emocji.* Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 1998; 50-54.
6. **McNair DM, Lorr M, Droppleman LF:** POMS Profile of Mood States. Manual. EdITS, San Diego 1992.
7. **Leventhal H, Patrick-Miller L:** Emocje a choroby somatyczne – przyczyny i wskaźniki podatności na zachorowanie. W: Lewis M, Haviland-Jones JM, (red.) *Psychologia emocji.* Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005; 657-675.
8. **Mausch K:** Psychologiczne właściwości człowieka a stan układu immunologicznego. *Pomorska Akademia Medyczna, Szczecin* 2000.
9. **Booth RJ, Pennebaker JW:** Emocje a odporność. W: Lewis M, Haviland-Jones JM, red. *Psychologia emocji.* Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005; 701-716.
10. **Stone AA, Marco CA, Cruise CE, Cox DS, Neale JM:** Are stress-induced immunological changes mediated by mood? A closer look at how both desirable and undesirable daily events influence sIgA antibody. *Int J Behav Med.* 1996; 3: 1-13.
11. **Nasiłowska-Barud A, Markiewicz M:** Niektóre charakterystyczne cechy osobowości pacjentów ze świeżo rozpoznany zawałem serca. *Rocz Filozoficzne* 1984; 32: 165-177.
12. **Keel PK, Mitchell JE, Miller KB, Davis TL, Crow SJ:** Predictive validity of bulimia nervosa as a diagnostic category. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 136-138.
13. **Hoogendijk WJG, Sommer IEC, Tissingh G, Deeg GJH, Wolters ECh:** Depression in Parkinson's disease: the impact of symptom overlap on prevalence. *Psychosomatics* 1998; 39: 416-421.
14. **Prueter C, Norra C:** Mood disorders and their treatment in patients with epilepsy. *J Neuropsychiatr Clin Neurosc.* 2005; 17: 20-28.
15. **Yovtcheva SP, Rifai MA, Moles JK, Van Der Linden BJ:** Psychiatric comorbidity among hepatitis C-positive patients. *Psychosomatics* 2001; 42: 411-415.
16. **Iwamitsu Y, Shimoda K, Hajime A, Tani T, Okawa M, Buck R:** Anxiety, emotional suppression, and psychological distress before and after breast cancer diagnosis. *Psychosomatics* 2005; 46: 19-24.
17. **Basińska MA:** Nastrój u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. *Reumatologia* 2004; 42: 525-535.
18. **Zach J, Acekerman SH:** Thyroid function, metabolic regulation, and depression. *Psychosom Med.* 1988; 50: 454-468.
19. **Linn BS, Linn MW, Jensen J:** Anxiety and immune responsiveness. *Psychol Rep.* 1981; 49: 969-970.
20. **Sait Gonen M, Kisakol G, Savas Cilli A, Dikbas O, Gungor K. et al:** Assessment of anxiety in subclinical thyroid disorders. *J Endocrinol.* 2004; 51: 311-315.
21. **Dew A, Kormos RL, DiMartini AF, Switzer GE, Schulberg HC. et al:** Prevalence and risk of depression and anxiety-related disorders during the first three years after heart transplantation. *Psychosomatics* 2000; 41: 191-192.
22. **Creed F, Morgan R, Fiddler M, Guthrie E, House A:** Depression and anxiety impair health-related quality of life and are associated with increased costs in general medical inpatients. *Psychosomatics* 2002; 43: 302-309.
23. **Guo Y, Musselman DL, Manatunga AK, Gilles N, Lawson KC. et al:** The diagnosis of major depression in patients with cancer: a comparative approach. *Psychosomatics* 2006; 47: 376-384.
24. **Trawka K, Derbis R:** Samoocena, afekt i nastrój jako wyznaczniki poczucia jakości życia. *Psychologia Jakości Życia* 2006; 5: 1-23.
25. **Wang PS, Beck AL, Berglund P, McKenas DK, Pronk NP. et al:** Effects of major depression on moment-in-time work performance. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1885-1891.
26. **Coulter I, Frewin S, Krassas GE, Perros P:** Psychological implications of Graves' orbitopathy. *Eur J Endocrinol.* 2007; 157: 127-131.
27. **Pies RW:** The diagnosis and treatment of subclinical hypothyroid states in depressed patients. *Gen Hosp Psychiatry* 1997; 19: 344-354.
28. **Basińska MA, Zalewska-Rydzkowska, D, Wolańska P, Junik R:** Dyspozycyjny optymizm a akceptacja choroby w grupie osób z chorobą Gravesa-Basedowa. *Endokrynol Pol.* 2008; 59: 23-29.
29. **Keogh AM, Feehally J:** A quantitative study comparing adjustment and acceptance of illness in adults on renal replacement therapy. *American Nephrology Nurses Assoc J.* 1999; 26: 471-477.
30. **Juczyński Z:** Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. *Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa* 2001.
31. **Miniszewska Mniszewska J, Wałęcka-Matyja K:** Wyznaczniki akceptacji choroby w hemofilii i łuszczycy – doniesienia wstępne. *XXXII Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Psychologicznego w Krakowie* 22-25 września, 2005.
32. **Felton BJ, Revenson TA:** Coping with chronic illness: a study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *J Consult Clin Psychol.* 1984; 52: 343-353.
33. **Harrison T, Stuifbergen A, Adachi E, Becker H:** Marriage, impairment and acceptance in persons with multiple sclerosis. *West J Nurs Res.* 2004; 26: 266-285.
34. **Rankin H, Holtum S:** The relationship between acceptance and cognitive representations of pain in participants of a pain management programme. *Psychology, Health & Medicine* 2003; 8: 329-334.
35. **Basińska MA:** Funkcjonowanie psychologiczne pacjentów w wybranych chorobach endokrynologicznych. *Uwarunkowania somatyczne i osobowościowe.* Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego Bydgoszcz 2009.
36. **Karna-Matylaszek U, Sierżantowicz R, Mariak Z:** Akceptacja własnej choroby przez pacjentów z rozpoznaną jaskrą. *Pol Merk Lek.* 2010; 163: 37-41.
37. **Zalewska A, Miniszewska J, Chodkiewicz J, Narbutt J:** Acceptance of chronic illness in psoriasis vulgaris patients. *J Europ Acad Dermatol Venerol.* 2007; 21: 235-242.
38. **Bilińska, MM, Sitek EJ:** Jakość życia i akceptacja choroby w miastach. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2007; 16 (abstrakt).
39. **Dudek B, Koniarek J:** Adaptacja testu D.M McNaira, M. Lorr, L.F. Droppleman Profile of Mood States (POMS). *Przeegl Psychol.* 1987; 3: 753-761.
40. **Bishop GD:** Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Astrum Wrocław 2000.
41. **Łuczak-Wawrzyniak J, Szczepańska M, Skrzypczak J:** Ocena jakości życia kobiet z rozpoznaną endometriozą oraz sposobów radzenia sobie z negatywnymi skutkami choroby *Przeegl Menopauzalny* 2007; 11: 329-335.
42. **Niedzielski A, Humeniuk E, Błaziak P, Fedoruk D:** Stopień akceptacji choroby w wybranych chorobach przewlekłych. *Wiad Lek.* 2007; 40: 5-6.
43. **Basińska MA, Woźniewicz A:** Inteligencja emocjonalna pacjentów chorych na łuszczycę jako wyznacznik akceptacji choroby. *Przeegl Dermatol.* 2012; 99: 202-209.
44. **Basińska MA, Andruszkiewicz A:** Health locus of control in patients with Graves-Basedow disease and Hashimoto disease and their acceptance of illness. *Internat J Endocrinol Metabol.* 2012; 10: 537-542.
45. **Basińska MA:** Wzór zachowania A osób z chorobą Gravesa-Basedowa jako predyktor akceptacji choroby. *Polskie Forum Psychologiczne* 2011; 16: 29-43.
46. **Berezy B:** Ocena nastroju pacjentów w terminalnej fazie niewydolności nerek. *Nefrol Dial Pol.* 2007; 11: 40-44.
47. **Słowik P:** Zmienne psychologiczne w indywidualnym doświadczeniu chorób somatycznych doniesienie wstępne. *XXXII Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Psychologicznego pt. Życie wspólnie: odkrywać Innego, przeciwdziałać zniewoleniu, realizować wspólne cele* (22-25 IX. 2005 Kraków).
48. **Smith TW:** Hostility and health: current status of a psychosomatic hypothesis. *Health Psychol.* 1992; 11: 139-150.
49. **Smyth J, Ockenfels MC, Porter L, Kirschbaum C, Hellhammer DH, Stone AA:** Stressors and mood measured on a momentary basis are associated with salivary cortisol secretion. *Psychoneuroendocrinology* 1998; 23: 353-370.
50. **Basińska MA, Merc M, Juranec O:** Nastrój osób z chorobą Gravesa-Basedowa i chorobą Hashimoto. *Endokrynol Pol.* 2009; 60: 461-468.
51. **Łoś Z:** Rozwój psychiczny człowieka w ciągu całego życia. *Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego* 2010.
52. **Hobfoll SE:** Stres, kultura i społeczność. *Psychologia i filozofia stresu.* Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne Gdańsk 2006.