



Akceptacja choroby u pacjentów z rakiem jelita grubego

Acceptance of disease in patients with colorectal cancer

Angelina Kaleta-Pilarska 

Katedra i Zakład Epidemiologii, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

STRESZCZENIE

WSTĘP: Ze względu na znaczenie dla zdrowia publicznego problemu, jakim jest poznanie czynników psychologicznych mogących mieć znaczenie dla przebiegu choroby nowotworowej, zrealizowano badanie, którego celem była ocena częstości i uwarunkowań akceptacji choroby u pacjentów z rakiem jelita grubego w okresie bezpośrednio poprzedzającym interwencję chirurgiczną.

MATERIAŁ I METODY: W badaniu kwestionariuszowym wzięło udział 200 pacjentów z rozpoznaniem rakiem jelita grubego. W celu zidentyfikowania ostatecznych predyktorów mających wpływ na akceptację choroby nowotworowej wykonano analizę regresji logistycznej wraz z weryfikującą parametryzacją za pomocą automatycznej selekcji wstecznej.

WYNIKI: Nieco ponad połowa badanych (56,5%) z rakiem jelita grubego w okresie bezpośrednio poprzedzającym interwencję chirurgiczną nie akceptuje swojej choroby. Wpływ na akceptację choroby miały zmienne: występowanie raka jelita grubego w rodzinie oraz zadowolenie z opieki medycznej.

WNIOSKI: Częstsza akceptacja choroby nowotworowej jelita grubego występuje u pacjentów deklarujących zadowolenie z opieki medycznej oraz u pacjentów, u których rak jelita grubego występował w rodzinie.

SŁOWA KLUCZOWE

rak jelita grubego, akceptacja, choroba nowotworowa

ABSTRACT

INTRODUCTION: Because of the importance of the problem for public health, which is the knowledge of psychological factors that may affect the course of cancer, a study was carried out to assess the frequency and determinants of disease acceptance in patients with colorectal cancer in the period immediately preceding the surgical intervention.

Received: 01.01.2022

Revised: 09.02.2022

Accepted: 18.02.2022

Published online: 03.06.2022

Adres do korespondencji: mgr Angelina Kaleta-Pilarska, Katedra i Zakład Epidemiologii, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, ul. Medyków 18, 40-752 Katowice, tel. +48 32 208 87 82, e-mail: akaleta@sum.edu.pl



Artykuł opublikowany w modelu Open Access i udostępniony na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa-Na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-SA 4.0), określającej zasady jego wykorzystania. Dozwolone jest kopiowanie, zmienianie, rozprowadzanie i przedstawianie utworu w dowolnym celu, także komercyjnym, pod warunkiem oznaczenia autorstwa i wykonanych modyfikacji utworu, jeśli takie zostały wykonane, a przetwarzając lub tworząc na podstawie utworu, należy udostępnić swoje dzieło na tej samej licencji co oryginał. Pełny tekst licencji dostępny na stronie <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/legalcode.pl>.

Wydawca: Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach



MATERIAL AND METHODS: 200 patients with colorectal cancer participated in the questionnaire study. In order to identify the final predictors influencing the acceptance of cancer, logistic regression analysis was performed along with the verification of parametrization using the automatic backward selection method.

RESULTS: Slightly more than half of the respondents (56.5%) with colorectal cancer do not accept their disease in the period immediately preceding the surgical intervention. Among the determinants influencing the acceptance of the disease were the following variables: family history of colorectal cancer and satisfaction with medical care.

CONCLUSIONS: More frequent acceptance of colorectal cancer occurs in patients who declare satisfaction with medical care and among patients with a family history of colorectal cancer.

KEY WORDS

colorectal cancer, acceptance, cancer

WSTĘP

Choroby nowotworowe stanowią istotny problem zdrowotny oraz społeczny. Zdiagnozowanie choroby nowotworowej, a także proces jej leczenia wiążą się z koniecznością zmiany dotychczasowego stylu życia czy priorytetów. Zarówno pacjent, jak i jego rodzina muszą dostosować się do nowych warunków życia. Stres, strach, negatywne emocje często utrudniają adaptację do zaistniałej sytuacji. Problem ten może być spowodowany brakiem akceptacji choroby [1,2].

Akceptacja choroby nowotworowej jest złożonym procesem, który może być uzależniony od poziomu samooceny pacjenta, jego osobowości, wsparcia ze strony najbliższych czy opieki medycznej [1,3,4,5].

Poziom akceptacji choroby ma istotny wpływ na jakość życia pacjenta oraz odgrywa ważną rolę w procesie zdrowienia [6]. Akceptacja choroby oznacza lepsze przystosowanie się do nowej sytuacji, a zarazem mniejsze poczucie dyskomfortu psychicznego [7].

W związku z tym, iż rak jelita grubego w Polsce jest jednym z najczęściej występujących nowotworów złośliwych u obu płci, a także stanowi jedną z najczęstszych przyczyn zgonów nowotworowych [8], istotne z punktu widzenia zdrowia publicznego jest poznanie czynników psychologicznych mogących mieć znaczenie dla przebiegu choroby. Określenie poziomu akceptacji choroby może mieć zarówno walory poznawcze, jak i wymiar praktyczny w postaci doskonalenia metod monitorowania stanu zdrowia w przebiegu raka jelita grubego, a być może także w postaci doskonalenia założeń profilaktycznych.

Biorąc pod uwagę zaanonsowane potrzeby badawcze, zaplanowano badanie, którego celem była ocena częstości i uwarunkowań akceptacji choroby u pacjentów z rakiem jelita grubego w okresie bezpośrednio poprzedzającym interwencję chirurgiczną.

MATERIAŁ I METODY

Dla realizacji zadań wiążących się z celem zaplanowano badanie kwestionariuszowe, które przeprowadzono wśród 200 pacjentów z rozpoznaniem raka jelita grubego. Zakwalifikowani do badania pacjenci przebywali na Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkolo-

gicznej oraz Oddziale Chirurgii Onkologicznej w Zagłębiowskim Centrum Onkologii – Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej. Na badanie uzyskano zgodę placówki medycznej. Uczestnictwo w nim było anonimowe i dobrowolne. Badanie polegało na udzieleniu odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszach. Analizą statystyczną objęto dane zgromadzone od chorych w wieku 24–85 lat. Badanie prowadzono od maja 2018 r. do lipca 2020 r. Protokół uzyskał pozytywną opinię Komisji Bioetycznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach (decyzja KNW/0022/KB59/18 z dnia 17.04.2018 r.).

Kryteria włączenia do badania kwestionariuszowego były następujące:

- rozpoznany rak jelita grubego,
- hospitalizacja na ww. oddziale w związku z zaplanowanym chirurgicznym zabiegiem usunięcia nowotworu,
- wyrażona dobrowolna i świadoma zgoda pacjenta na udział w badaniu.

Kryteriami wyłączenia z grupy badanej było niespełnienie któregokolwiek z kryteriów włączenia.

Badanie odbywało się w bezpośrednim kontakcie respondenta z ankierem w miejscu hospitalizacji. Pacjenci przebywali w pomieszczeniu wyłącznie z ankierem. Badanie prowadzono u pacjentów z rozpoznaniem raka jelita grubego w okresie bezpośrednio poprzedzającym interwencję chirurgiczną. Wykorzystano autorski kwestionariusz osobowy oraz polską wersję kwestionariusza do oceny akceptacji choroby (Acceptance of Illness Scale – AIS).

Autorski kwestionariusz osobowy składał się z 26 pytań dotyczących danych antropometrycznych i społeczno-ekonomicznych, jak również okoliczności towarzyszących podejrzeniu i rozpoznaniu raka jelita grubego. Kwestionariusz AIS w adaptacji Z. Juczyńskiego obejmował 8 twierdzeń opatrzonych 5-stopniową skalą odpowiedzi, gdzie 1 to zdecydowana zgodność ze stwierdzeniem, natomiast 5 – zdecydowany brak zgodności. Osoba badana mogła uzyskać 8–40 pkt. Wynik niski (poniżej 20 pkt) oznaczał brak akceptacji choroby, wysoki (20 pkt lub więcej) świadczył o akceptacji choroby przez badanego [9].

Analiza statystyczna danych objęła metody statystyki opisowej i analitycznej. W zakresie statystyki opisowej przedstawiono rozkłady poszczególnych



zmiennych. W przypadku zmiennych ilościowych obliczono wartość środkową i rozstęp międzykwartylowy. Charakter rozkładu zmiennych ilościowych oceniono na podstawie wyniku testu Shapiro i Wilka. W przypadku zmiennych jakościowych przedstawiono częstość poszczególnych wartości. W badaniu oceniono statystyczną znamienność różnic w zakresie cech antropometrycznych i społeczno-ekonomicznych, stosując kryterium $p < 0,05$. W tym celu dla analizy zmiennych ilościowych wykonano test U Manna i Whitneya, natomiast dla analizy zmiennych jakościowych test χ^2 , test χ^2 z poprawką Yatesa oraz dokładny test Fishera. Nieparametryczny test U Manna i Whitneya zastosowano z uwagi na fakt, iż rozkład analizowanych w badaniu zmiennych ilościowych odbiegał od rozkładu normalnego.

Wyniki analiz prostych zweryfikowano stosując analizę regresji logistycznej, zgodnie z następującym modelem kompletnym: zmienną zależną akceptacja choroby definiowano jako zmienną dwuwartościową, kontrastując akceptację choroby z brakiem akceptacji choroby: akceptacja choroby (tak/nie) = płeć + miejsce zamieszkania + wykształcenie + stan cywilny + zatrudnienie + religia + warunki mieszkaniowe + wsparcie ze strony rodziny + sytuacja finansowa + okoliczności podejrzenia choroby nowotworowej + występowanie raka jelita grubego w rodzinie + zadowolenie z opieki medycznej + występowanie chorób przewlekłych + występowanie innych chorób nowotworowych + stan sprawności + palenie tytoniu przed rozpoznaniem choroby nowotworowej + spożywanie alkoholu przed rozpoznaniem choroby nowotworowej.

W odniesieniu do każdej zmiennej niezależnej obliczono współczynniki regresji „b”, statystykę Walda oraz wartość p. Kompletny model regresji logistycznej poddano weryfikującej parametryzacji za pomocą automatycznej selekcji wstecznej zmiennych niezależnych. W analizie tej predyktory zmiennej zależnej identyfikowano stosując kryterium statystycznej znamienności na poziomie $p < 0,1$. Bardziej liberalne kryterium znamienności statystycznej przyjęto ze względu na mnogość zmiennych niezależnych.

Wszystkie analizy statystyczne wykonano za pomocą pakietu statystycznego SAS 9.4 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA, version 9.4).

WYNIKI

Analizie poddano obserwacje przeprowadzone u 200 osób (89 kobiet i 111 mężczyzn) w wieku $65,0 \pm 11,3$ roku (24–85 lat) z rozpoznaniem raka jelita grubego. Średni wiek w chwili rozpoznania choroby wynosił $64,6 \pm 11,4$ roku. W tabeli I przedstawiono charakterystykę badanych z uwzględnieniem cech antropometrycznych.

Kobiety w momencie rozpoznania choroby były istotnie młodsze niż mężczyźni ($p = 0,04$). Wprawdzie miały istotnie mniejszą masę ciała ($p < 0,001$) oraz wzrost ($p < 0,001$), jednak nie różniły się w zakresie wskaźnika należnej masy ciała (*body mass index* – BMI; $p = 0,1$).

Spośród badanych 147 pacjentów (73,5%) dowiedziało się o chorobie w tym samym roku, w którym uczestniczyło w badaniu kwestionariuszowym. U 38 osób (19,0%) rak jelita grubego został zdiagnozowany rok przed badaniem kwestionariuszowym. Pozostałe 15 osób (7,5%) wiedziało o chorobie od ponad dwóch lat.

Większość badanych (55,5%) stanowili mężczyźni. Zdecydowana większość osób to mieszkańcy miast (91,0%). Najczęściej deklarowano wykształcenie średnie (41,0%). U większości (54,5%) wykrycie choroby nowotworowej nastąpiło poprzez zgłoszenie się do lekarza w związku z zauważeniem niepokojących objawów choroby. U prawie połowy badanych (43,5%) rak jelita grubego nie występował w rodzinie. Przewlekłe choroby układu krążenia były najczęściej wskazywaną przez respondentów chorobą współistniejącą (43,0%).

W całej grupie ponad połowa badanych (56,5%) z rozpoznaniem rakiem jelita grubego nie akceptowała swojej choroby. W tabeli II przedstawiono okoliczności towarzyszące akceptacji choroby nowotworowej.

Tabela I. Charakterystyka grupy badanej w zależności od płci i akceptacji choroby

Table I. Characteristics of studied group by sex and disease acceptance

Zmienna	Mediana (rozstęp międzykwartylowy)		Wartość p (wynik testu U Manna i Whitneya)	Mediana (rozstęp międzykwartylowy)		Wartość p (wynik testu U Manna i Whitneya)
	kobiety	mężczyźni		badani akceptujący chorobę	badani nieakceptujący choroby	
Wiek (lata)	64,0 (15,0)	69,0 (14,0)	0,06	68,0 (14,0)	66,0 (14,0)	0,8
Wiek w momencie rozpoznania raka jelita grubego (lata)	64,0 (16,0)	69,0 (14,0)	0,04	67,0 (14,0)	66,0 (16,0)	0,9
Masa ciała (kg)	68,0 (21,0)	82,0 (22,0)	< 0,001	72,0 (27,0)	78,0 (26,0)	0,4
Wzrost (cm)	165,0 (9,0)	173,0 (6,0)	< 0,001	170,0 (9,0)	170,0 (7,0)	0,3
BMI (kg/m ²)	24,6 (7,4)	26,9 (6,2)	0,1	24,9 (7,0)	26,9 (7,7)	0,2

BMI – *body mass index*



Tabela II. Okoliczności towarzyszące akceptacji choroby
Table II. Circumstances accompanying disease acceptance

Zmienna		Akceptacja choroby	Brak akceptacji choroby	Wartość p (wynik testu χ^2)
Płeć	kobieta	34 (38,2%)	55 (61,8%)	0,2
	mężczyzna	53 (47,8%)	58 (52,2%)	
Miejsce zamieszkania	miasto	79 (43,4%)	103 (56,6%)	0,9 (wynik testu χ^2 z poprawką Yatesa)
	wieś	8 (44,4%)	10 (55,6%)	
Wykształcenie	poniżej średniego	36 (40,0%)	54 (60,0%)	0,4
	średnie i wyższe	51 (46,4%)	59 (53,6%)	
Stan cywilny	wolna/wolny	26 (38,8%)	41 (61,2%)	0,3
	w związku	61 (45,9%)	72 (54,1%)	
Zatrudnienie	osoba pracująca	22 (36,1%)	39 (63,9%)	0,1
	osoba niepracująca	65 (47,1%)	73 (52,9%)	
Religia	osoba wierząca	67 (44,4%)	84 (55,6%)	0,7
	osoba niewierząca	20 (40,8%)	29 (59,2%)	
Warunki mieszkaniowe	samotnie	20 (35,1%)	37 (64,9%)	0,1
	z członkiem rodziny	67 (46,8%)	76 (53,2%)	
Wsparcie ze strony rodziny	nie	3 (20,0%)	12 (80,0%)	0,05 (wynik dokładnego testu Fishera)
	tak	84 (45,4%)	101 (54,6%)	
Sytuacja finansowa	zadowolająca	80 (43,7%)	103 (56,3%)	0,9 (wynik testu χ^2 z poprawką Yatesa)
	niezadowolająca	7 (41,2%)	10 (58,8%)	
Okoliczności podejrzenia choroby nowotworowej	samodzielnie	53 (48,6%)	56 (51,4%)	0,1
	przez lekarza	34 (37,4%)	57 (62,6%)	
Występowanie raka jelita grubego w rodzinie	tak	28 (58,3%)	20 (41,7%)	0,08
	nie	37 (42,5%)	50 (57,5%)	
Zadowolenie z opieki medycznej	tak	83 (46,4%)	96 (53,6%)	0,03 (wynik dokładnego testu Fishera)
	nie	4 (19,0%)	17 (81,0%)	
Występowanie chorób przewlekłych (bez uwzględnienia zaburzeń psychicznych)	tak	61 (40,9%)	88 (59,1%)	0,2
	nie	26 (51,0%)	25 (49,0%)	
Występowanie innych chorób nowotworowych	tak	2 (18,2%)	9 (81,8%)	0,07 (wynik dokładnego testu Fishera)
	nie	85 (45,0%)	104 (55,0%)	
Stan sprawności	niepogorszony	66 (50,0%)	66 (50,0%)	0,01
	pogorszony	21 (30,9%)	47 (69,1%)	
Stan odżywienia	niepogorszony	33 (43,4%)	43 (56,6%)	0,4
	pogorszony	52 (45,2%)	63 (54,8%)	
Palenie tytoniu przed rozpoznaniem choroby nowotworowej	tak	51 (42,1%)	70 (57,9%)	0,6
	nie	36 (45,6%)	43 (54,4%)	
Spożywanie alkoholu przed rozpoznaniem choroby nowotworowej	tak	76 (43,4%)	99 (56,6%)	0,9
	nie	11 (44,0%)	14 (56,0%)	

Spośród okoliczności towarzyszących akceptacji choroby nowotworowej znamienność statystyczną uzyskano dla zmiennych: wsparcie ze strony rodziny ($p = 0,05$), zadowolenie z opieki medycznej ($p = 0,03$) oraz stan sprawności ($p = 0,01$). Pozostałe zmienne nie miały istotnego statystycznie związku z poziomem akceptacji choroby.

Wyniki analiz prostych zweryfikowano stosując analizę wielu zmiennych, w modelu regresji logistycznej, w odniesieniu do zdefiniowanej zmiennej zależnej akceptacja choroby. Wyniki analizy kompletnego modelu regresji logistycznej oceniającej związek pomiędzy akceptacją choroby a wybranymi zmiennymi objaśniającymi zestawiono w tabeli III.



W analizie kompletnego modelu regresji logistycznej dla okoliczności towarzyszących akceptacji choroby nie wykazano istotnej znamienności statystycznej dla żadnej z analizowanych zmiennych.

Kompletny model analizy wielu zmiennych poddano weryfikującej parametryzacji z użyciem automatycznej procedury tzw. selekcji wstecznej. Przyjęto kryte-

rium statystycznej znamienności na poziomie $p < 0,1$. Ostatecznymi predyktorami akceptacji choroby były: występowanie raka jelita grubego w rodzinie (tak vs nie) – iloraz szans (IS) = 2,3 (95% przedział ufności (PU): 1,1–4,6) oraz zadowolenie z opieki medycznej (tak vs nie) – IS = 3,1 (95% PU: 1,0–9,7).

Tabela III. Wyniki analizy kompletnego modelu regresji logistycznej dla okoliczności towarzyszących akceptacji choroby
Table III. Results of analysis of complete logistic regression model for circumstances accompanying disease acceptance

Zmienna	Współczynnik regresji „b”	Statystyka Walda	Wartość p
Płeć (kobieta = 1, mężczyzna = 2)	-0,3	2,6	0,1
Miejsce zamieszkania (miasto = 1, wieś = 2)	0,1	0,1	0,8
Wykształcenie (poniżej średniego = 1, średnie i wyższe = 2)	-0,2	0,8	0,4
Stan cywilny (w związku = 1, wolna/wolny = 2)	-0,4	0,7	0,4
Zatrudnienie (osoba pracująca = 1, osoba niepracująca = 2)	-0,3	1,9	0,2
Religia (osoba wierząca = 1, osoba niewierząca = 2)	-0,1	0,1	0,8
Warunki mieszkaniowe (samotnie = 1, z członkiem rodziny = 2)	-0,4	1,0	0,3
Wsparcie ze strony rodziny (nie = 1, tak = 2)	-0,6	2,1	0,1
Sytuacja finansowa (zadowolająca = 1, niezadowolająca = 2)	-0,4	1,3	0,2
Okoliczności podejrzenia choroby nowotworowej (samodzielnie = 1, przez lekarza = 2)	-0,04	0,05	0,8
Występowanie raka jelita grubego w rodzinie (tak = 1, nie = 2)	0,3	3,0	0,09
Zadowolenie z opieki medycznej (tak = 1, nie = 2)	0,5	2,1	0,1
Występowanie chorób przewlekłych (bez uwzględnienia zaburzeń psychicznych) (tak = 1, nie = 2)	-0,3	2,9	0,09
Występowanie innych chorób nowotworowych (tak = 1, nie = 2)	-0,6	1,5	0,2
Stan sprawności (niepogorszony = 1, pogorszony = 2)	0,2	0,6	0,4
Stan odżywienia (niepogorszony = 1, pogorszony = 2)	0,02	0,01	0,9
Palenie tytoniu przed rozpoznaniem choroby nowotworowej (nie = 1, tak = 2)	0,2	0,6	0,4
Spożywanie alkoholu przed rozpoznaniem choroby nowotworowej (nie = 1, tak = 2)	0,2	0,4	0,5

DYSKUSJA

Uzyskane wyniki wskazują, iż ponad połowa badanych (56,5%) z rozpoznaniem rakiem jelita grubego nie akceptuje swojej choroby. W przypadku pozostałych chorych stwierdzono ponad dwukrotnie większą szansę na akceptację choroby u osób, u których rak jelita grubego występował w rodzinie (IS = 2,3), oraz ponad trzykrotnie większą u badanych deklarujących zadowolenie z opieki medycznej (IS = 3,1).

Kapela i wsp. [10] wykazali, iż brak akceptacji choroby nowotworowej dotyczył 36,3% badanych. Różnice w wartościach odsetkowych w badaniach cytowanym i własnym mogą wynikać z dużo mniejszej liczby osób biorących udział w tym pierwszym oraz z faktu, iż u większości pacjentów rozpoznanie choroby nastąpiło do czterech lat wstecz. Natomiast w badaniu własnym były to głównie osoby z nowo rozpoznaną chorobą nowotworową, zakwalifikowane do leczenia chirurgicznego.

Wardas [11] wykazała niską akceptację choroby u 52,5% mężczyzn z rozpoznaniem rakiem jelita gru-

bego, co jest wynikiem zbliżonym do uzyskanego w pracy własnej.

Czynnikiem, który w badaniu własnym istotnie wpływał na akceptację choroby, było zadowolenie pacjenta z opieki medycznej. Podobny wniosek płynie z badania Kołpy i wsp. [12] przeprowadzonego w grupie 100 pacjentów onkologicznych (w tym m.in. z rozpoznaniem rakiem jelita grubego), w którym wykazano, iż na akceptację stanu zdrowia wpływają fachowość personelu medycznego oraz atmosfera panująca w placówce medycznej. Zarówno w badaniu własnym, jak i Kołpy i wsp. nie stwierdzono statystycznie istotnej zależności pomiędzy akceptacją choroby a płcią badanych, poziomem ich wykształcenia czy warunkami mieszkaniowymi. Takie same obserwacje odnotowały również Pawlik i Karczmarek-Borowska [13] w grupie kobiet po mastektomii oraz Kaźmierczak i wsp. [14] u kobiet z rakiem szyjki macicy.

Słabą stroną przeprowadzonego badania może być ograniczona reprezentatywność grupy pacjentów z rakiem jelita grubego. Wynika to z faktu, iż rekrutacja do badania odbywała się tylko w jednym szpitalu i nie była prowadzona w sposób losowy. Zbadani zostali wyłącz-



nie pacjenci, którzy oczekiwali na chirurgiczny zabieg usunięcia nowotworu i wyrazili zgodę na udział w badaniu. Ograniczenie to jest jednak powszechne w podobnych analizach. Spośród innych można wymienić fakt, iż nie badano poziomu lęku związanego z oczekiwaniem na zabieg chirurgiczny, oraz to, że badani stanowili grupę niejednorodną pod względem wieku w momencie rozpoznania choroby nowotworowej, co niewątpliwie może różnicować grupę pod względem akceptacji choroby.

Atutem badania jest pełna zwrotność kwestionariuszy, wynikająca z bezpośredniego kontaktu respondenta z ankieterem w miejscu hospitalizacji. Pacjenci, udzielając odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszach, przebywali w pomieszczeniu wyłącznie z ankieterem, w związku z czym zniwelowano ewentualne zakłócenia wyników spowodowane obecnością osób trzecich, jak również ograniczono możliwość niezrozumienia danego zagadnienia przez pacjenta. Ponadto w badaniu posłużono się zwalidowanym kwestionariuszem powszechnie wykorzystywanym do badań w Polsce. Badanie kwestionariuszowe jest w tym przypadku jedynym narzędziem badawczym, które może być wykorzystane w tego typu badaniu.

Do badania udało się zakwalifikować zbliżoną liczbę kobiet i mężczyzn (odpowiednio 89 i 111), nieróżniących się istotnie statystycznie w zakresie wieku oraz wskaźnika BMI. Istotny jest również fakt, iż w badaniu własnym wykorzystano analizę wielu zmiennych, umożliwiającą kontrolę czynników zakłócających. Procedura ta bywa pomijana w pracach innych autorów, dlatego istnieją przesłanki wskazujące na to, że prze-

prowadzone badanie stanowi istotne poszerzenie stanu wiedzy na temat częstości i uwarunkowań akceptacji choroby u pacjentów z rakiem jelita grubego.

Uzyskane wyniki mogą mieć istotne z punktu widzenia zdrowia publicznego znaczenie poznawcze, jak również mogą być wykorzystane przy planowaniu i prowadzeniu opieki psychologicznej u pacjentów z rakiem jelita grubego, zakwalifikowanych do zabiegu operacyjnego, bowiem lepsza akceptacja choroby to lepsze przystosowanie chorego, a zarazem mniejsze poczucie dyskomfortu psychicznego.

WNIOSKI

1. Nieco ponad połowa badanych (56,5%) z rakiem jelita grubego w okresie bezpośrednio poprzedzającym interwencję chirurgiczną nie akceptuje swojej choroby.
2. Częstsza akceptacja choroby nowotworowej występuje u pacjentów deklarujących zadowolenie z opieki medycznej oraz u pacjentów, u których rak jelita grubego występował w rodzinie.

Finansowanie

Praca sfinansowana w ramach pracy naukowo-badawczej realizowanej przez Młodego Naukowca ze środków Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach (nr umowy KNW-2-Z17/N/9/N pt. „Wpływ typu osobowości na poziom akceptacji choroby nowotworowej jelita grubego”).

PIŚMIENNICTWO

1. Sowa M., Głowacka-Mrotek I., Nowikiewicz T., Gastecka A., Senetrickiewicz L., Zegarski W. Ocena czynników wpływających na stopień akceptacji zachorowania na raka piersi u kobiet poddanych leczeniu oszczędzającemu gruczoł piersiowy: analiza odległa po upływie 5 lat od zabiegu – badanie wstępne. *Pielęg. Pol.* 2018; 67(1): 58–64, doi: 10.20883/pielpol.2018.7.
2. Lewandowska-Abuciewicz T., Kęcka K., Brodowski J. Akceptacja choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii w województwie zachodniopomorskim – badania wstępne. *Fam. Med. Primary Care Rev.* 2016; 18(2): 143–148, doi: 10.5114/fmpcr/59998.
3. Ryś J., Wysocki W.M., Chmielnik E., Olszewski W.P. Rodzaje operacji wykonywanych u chorych na raka piersi i zasady zabezpieczania materiału tkankowego do badania histologicznego. *Pol. J. Pathol.* 2009; 3(Supl. 1): 20–25.
4. Uchmanowicz I. Wpływ zespołu kruchości na ocenę akceptacji choroby u chorych w wieku podeszłym na niewydolność serca. *Gerontol. Pol.* 2015; 1: 3–10.
5. Rolka H., Krajewska-Kulać E., Kulać W., Drozdowski W., Gołębiowska A., Kondzior D. Akceptacja choroby i strategii radzenia sobie z bólem jako istotne komponenty oceny jakości życia zależnej od stanu zdrowia u chorych z migreną – doniesienie wstępne. *Probl. Pielęg.* 2009; 17(3): 178–183.
6. Juczyński Z. Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Warszawa 2012.
7. Smoleń E., Jarema M., Hombek K., Słysz M., Kalita K. Akceptacja i przystosowanie do choroby u pacjentów leczonych onkologicznie. *Probl. Pielęg.* 2018; 26(1): 37–43, doi: 10.5603/PP.2018.0006.
8. Didkowska J., Wojciechowska U., Olasek P., dos Santos F.C., Michałek I. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2019 roku. Krajowy Rejestr Nowotworów. Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy. Warszawa 2021.
9. Juczyński Z. Zmaganie się z chorobą. W: *Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia*. Red. Z. Juczyński. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Warszawa 2009, s. 162–166.
10. Kapela I., Bąk E., Krzemińska S.A., Foltyn A. Ocena poziomu akceptacji choroby i satysfakcji z życia u chorych na raka jelita grubego leczonych chemioterapią. *Piel. Zdr. Publ.* 2017; 26(1): 53–61, doi: 10.17219/pzp/64689.
11. Wardas M. Relationship between the degree of illness acceptance and depression, anxiety in women with breast cancer and men with colorectal cancer. *Palliat. Med. Pract.* 2020; 14(3): 141–148, doi: 10.5603/PMPL2020.0015.
12. Kołpa M., Wywrot-Kozłowska B., Jurkiewicz B., Grochowska A. Czynniki determinujące akceptację i przystosowanie do choroby nowotworowej. *Pielęg. Chir. Angiol.* 2015; 3: 165–169.
13. Pawlik M., Karczmarek-Borowska B. Akceptacja choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii. *Prz. Med. Univ. Rzesz. Inst. Leków* 2013; 2: 203–211.
14. 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. Nauk. Zdr.* 2015; 21(2): 181–186, doi: 10.5604/20834543.1152917.