ACTA ELBINGENSIA
KWARTALNIK NAUKOWY ELBLĄSKIEJ UCZELNI HUMANISTYCZNO-EKONOMICZNEJ
Nauki o Zdrowiu z. 8 2020, t. XLVI, nr 3

Małgorzata Filanowicz*
Katarzyna Stachulak**

ANALIZA AKCEPTACJI CHOROBY I SATYSFAKCJI Z ŻYCIA PACJENTÓW Z ROZPOZNANĄ ASTMĄ OSKRZELOWĄ

Streszczenie

Astma oskrzelowa jest przewlekłą chorobą dróg oddechowych, cechującą się świszczącym oddechem, dusznością, uczuciem ucisku w klatce piersiowej oraz kaszlem. Choroba ta dotyka ludzi na całym świecie, w różnym wieku, a jej wyleczenie nie jest możliwe, dlatego stanowi poważny problem zdrowotny. Prawidłowo dobrana terapia, odpowiedni zasób wiedzy pacjenta oraz przestrzeganie zaleceń lekarskich pozwala, co najwyżej, na kontrolowanie choroby. Przewlekły charakter astmy oskrzelowej sprawia, że w znacznym stopniu ogranicza ona życie chorych pod względem fizycznym, emocjonalnym i społecznym. Dla części pacjentów staje się źródłem licznych trudności, ogranicza możliwość optymalnego funkcjonowania w życiu codziennym, zaspokajania podstawowych potrzeb, a także pełnienia ról społecznych. Jest to przyczyną obniżenia satysfakcji z życia chorego oraz poziomu akceptacji choroby. To właśnie od poziomu akceptacji choroby zależy, w jakim stopniu pacjent przystosuje się do życia z daną jednostką chorobową oraz jak poradzi sobie z trudnościami narzuconymi przez nią. Dlatego można przypuszczać, że zwiększenie akceptacji choroby może zwiększać poziom satysfakcji z życia.

Celem badawczym pracy była analiza akceptacji choroby i satysfakcji z życia pacjentów z rozpoznaną astmą oskrzelową. Ankiety rozprowadzono wśród 165 dorosłych pacjentów

* Dr n. med., UMK, Collegium Medium w Bydgoszczy, Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Katedra Pielęgniarstwa Zachowawczego.

** Lic., studentka II roku studiów magisterskich na kierunku pielęgniarstwo, UMK, Collegium Medium w Bydgoszczy, Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Katedra Pielęgniarstwa Zachowawczego.

obojga płci z rozpoznaną astmą oskrzelową. W badaniu posłużono się skalą AIS oraz SWLS. Badani pacjenci z astmą oskrzelową cechowali się wyższym poziomem akceptacji choroby i satysfakcji z życia niż zakładane normy. Przeprowadzone badania wykazały, że u kobiet z astmą oskrzelową satysfakcja z życia była wyższa niż u mężczyzn. Wiek badanych wpływał na ich akceptację choroby. Osoby starsze miały mniejszy poziom akceptacji choroby, a najmniej choroba wpływała na życie u osób młodych. Związana z wiekiem była również satysfakcja z życia. Im badani byli starsi, tym niższa była ich satysfakcja z życia. Wiek silniej wpływał na satysfakcję z życia niż na akceptację choroby, a relacje te były silniejsze u mężczyzn. Akceptacja choroby okazała się istotnie wpływać na satysfakcję z życia. Badani z wyższym poziomem akceptacji choroby mieli też lepszą satysfakcję z życia, a relacja ta była silniejsza u mężczyzn.

Wnioski: 1. Pacjenci z astmą oskrzelową cechują się wysokim poziomem akceptacji choroby oraz satysfakcji z życia. 2. Stopień akceptacji choroby znacząco wpływa na satysfakcję z życia. 3. Wiek oraz płeć wpływają na poziom akceptacji choroby i satysfakcji z życia.

Słowa kluczowe: astma oskrzelowa, akceptacja choroby, satysfakcja z życia.

Abstract

Bronchial asthma is a chronic disease of the airways characterized by wheezing, shortness of breath, feeling of tightness in the chest and coughing. This disease affects people all over the world, of different ages, and healing is not possible, which is why it is a serious health problem. Properly selected therapy, adequate knowledge of the patient and adherence to medical advice allow, at most, the control the disease. The chronic nature of bronchial asthma causes that it significantly reduction the physical and emotional life of the patients. For some patients it becomes a source of numerous difficulties, limits the possibility of optimal functioning in everyday life, satisfying basic needs, as well as performing social roles. This is the reason for the decrease in the patient's life satisfaction and the level of acceptance of the disease. It is from The level of acceptance of the disease depends on the extent to which the patient adapts to living with a given disease entity and how he can cope with the difficulties imposed by it. Therefore, it can be assumed that increasing the acceptance of the disease may increase the level of life satisfaction.

The aim of the study was to analyze the acceptance of the disease and life satisfaction of patients with diagnosed bronchial asthma. Surveys were distributed among 165 adult patients diagnosed with bronchial asthma of both sexes. The study uses the AIS and SWLS scales. The subjects with bronchial asthma were characterized by a higher level of acceptance of the disease and satisfaction with life than the assumed norms. The study showed that in women with bronchial asthma life satisfaction was higher than in men. The age of the respondents influenced their acceptance of the disease. Older people had a lower level of acceptance of the disease and the least disease affected young people's life. Life satisfaction was also associated with age. The older the respondents were, the lower the scale of their satisfaction with life. The age had a stronger impact on life satisfaction than on the acceptance of the disease and these relationships were stronger in men. Acceptance of the disease turned out to have a significant impact on life satisfaction. Subjects with a higher level of disease acceptance also had better life satisfaction, and this relationship was stronger in men.

Conclusions. 1. Patients with bronchial asthma are characterized by a high level of acceptance of illness and satisfaction with life. 2. The degree of acceptance of the disease has

a significant impact on life satisfaction 3. Age and gender influence the level of acceptance of illness and satisfaction with life.

Keywords: Bronchial asthma, acceptance of the disease, life satisfaction.

Wprowadzenie

Słowo „astma" pochodzi z języka greckiego, które tłumaczy się jako szybkie oddychanie w wyniku duszności. Definicja astmy oskrzelowej zmieniała się na przestrzeni wieków, w zależności od poznawania i rozumienia patomechanizmów prowadzących do jej powstania[1]. Obecnie Światowa Inicjatywa na Rzecz Zwalczania Astmy (Global Initiative for Asthma – GINA) określa astmę oskrzelową jako heterogenną chorobę, charakteryzującą się zazwyczaj przewlekłym zapaleniem, zdefiniowaną przez wywiad o objawach ze strony układu oddechowego, takich jak: świszczący oddech, duszność, uczucie ciasnoty w klatce piersiowej i kaszel, które są zmienne w czasie i nasileniu, łącznie ze zmianą obturacyjną dróg oddechowych.

Według innej definicji istotą astmy jest przewlekły proces zapalny oskrzeli, który prowadzi do nadreaktywności oskrzeli. Jest to zmienne i odwracalne ograniczenie przepływu powietrza przez oskrzela. Występuje samoistnie bądź pod wpływem czynników. Objawia się dusznością, kaszlem oraz świszczącym oddechem[2].

Dane przedstawione w raporcie opracowanym przez GINA wykazują, że na astmę choruje około 300 milionów osób na świecie, co stanowi 5% populacji. Szacuje się, że liczba ta w 2025 roku wzrośnie o kolejne 100 milionów[3].

Przyczynę wzrostu występowania astmy upatruje się w cywilizacyjnym rozwoju społeczeństwa. Za główny czynnik uważa się szybko postępujące zmiany w warunkach środowiska, wywołane przez zmiany klimatyczne, rozwój urbanizacji oraz industrializacji, a także wzrost emisji zanieczyszczeń. Dużą rolę odgrywa również zmiana warunków socjalno-bytowych społeczeństwa, zmiana stylu życia oraz wzrost higieny[4].

---

[1] B. Samoliński, J. Komorowski, K. Furmańczyk, *Epidemiologia astmy w Polsce na podstawie badania ECAP*, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa 2012.

[2] B. Pawilczak, *Alergologia – kompendium*, Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2018 s. 119–143.

[3] M. Łukaszyk, Z. Ziętkowski, A. Bodzent-Łukaszyk, *Czym jest astma ciężka/trudna – definicje*, „Alergia. Astma. Immunologia" 2013, nr 18, s. 69–70.

[4] I. Kupryś-Lipińska, D. Łęcka, P. Dąbrowiecki, *Raport, Astma ciężka. Sytuacja pacjentów w Polsce*, Wyd. Novartis, Warszawa 2015, s. 9–34.

Astma występuje z taką samą częstością zarówno u kobiet, jak i mężczyzn. Według badań ECAP liczba nowych zachorowań jest 3–4 razy większa w miastach niż na wsi. Z powodu astmy na świecie umiera około 2,5 mln osób rocznie, natomiast w Polsce 1,5 tys.[5]

Patofizjologia

Reakcja astmatyczna występuje na skutek kontaktu osoby uczulonej z alergenem. W ciągu 10–15 minut od kontaktu następuje reakcja wczesna, czyli natychmiastowy skurcz oskrzeli. Po 3–11 godzinach występuje tzw. reakcja późna, charakteryzująca się wzrostem oporów przepływu powietrze w oskrzelach. Po wniknięciu antygenu do tkanek organizmu dochodzi do narastania poziomu mediatorów we krwi i oskrzelach, głównie histamin, leukotrienów i prostaglanyn. Mediatory te, uwolnione przez komórki tuczne, powodują skurcz oskrzeli. Najsilniej oddziaływującymi mediatorami na mięśniówkę gładką oskrzeli są leukotrieny C4, D4 i E4. Komórki tuczne pod wpływem alergenu produkują także cytokiny, które mają działanie prozapalne oraz odpowiadają za migracje eozynofilów, limfocytów, monocytów, bazofilów i neutrofilów z naczyń do miejsca reakcji alergicznej.

Migracja tych komórek do tkanek jest warunkiem rozwoju późnej fazy reakcji astmatycznej, zapalenia alergicznego, nadreaktywności oskrzelowej i przewlekłej astmy oskrzelowej. Eozynofile i bazofile zostają aktywowane w miejscu reakcji alergicznej. Następnie uwalniają mediatory, takie jak leukotrieny czy eozynofilowe białka zasadowe, wywołując skurcz mięśni gładkich oskrzeli, przekrwienie, obrzęk i uszkodzenie śluzówki dróg oddechowych. Doprowadzają w ten sposób do wystąpienia astmy oskrzelowej oraz rozwoju zapalenia dróg oddechowych.

Eozynofile mają działanie cytotoksyczne na nabłonek dróg oddechowych, powodując jego uszkodzenie. Uszkodzony nabłonek jest złuszczany, a następnie regenerowany. Podczas odbudowy nabłonka często dochodzi do metaplazji, czyli pojawienia się komórek o odmiennej budowie morfologicznej i czynnościowej. Następstwem tych zmian jest wzrost grubości ścian oskrzeli oraz zwiększenie ich sztywności, utrudniające zdolność skurczu i rozkurczu. Zjawisko przebudowy dróg oddechowych nazywamy remodelingiem. Remodeling jest procesem nieodwracalnym, wpływającym

[5] B. Samoliński, J. Komorowski, K. Furmańczyk, *Epidemiologia astmy w Polsce...*

na ciężkość astmy – im więcej przebudowanych tkanek tym cięższy stopień astmy[6].

Klasyfikacja

Astmę oskrzelową ze względu na etiologię dzielimy na:

- atopową (zewnątrzpochodną) – w tym typie astmy czynnikiem wywołującym reakcję jest kontakt z alergenem;
- nieatopową (wewnątrzpochodną) – reakcja zachodzi bez udziału znanego alergenu, jednak wszystkie zjawiska w patogenezie choroby są podobne, jak w przypadku astmy atopowej;
- zawodową – choroba ta powstaje na skutek działania czynników szkodliwych występujących w środowisku pracy. Konieczne jest wykazanie związku przyczynowo-skutkowego między ekspozycją a wystąpieniem choroby[7].

W 2006 roku specjaliści GINA opublikowali podział astmy na stopnie kontroli, która została zaktualizowana w 2014 roku (tab. 1). Głównym kryterium w tworzeniu podziału była ocena skuteczności leczenia oraz szacowanie ryzyka wystąpienia zaostrzeń. Wyróżnia się następujące poziomy:

- astma w pełni kontrolowana – objawy nie występują lub są minimalne, a czynność płuc jest prawidłowa. Pacjent nie stosuje leków doraźnych. Osoby będące w tej grupie, przestrzegając zaleceń lekarskich, mogą funkcjonować w życiu bez ograniczeń.
- astma częściowo kontrolowana – objawy pojawiają się minimum 2 razy w tygodniu, również w nocy. W badaniu czynnościowym płuc są zaburzenia. Pacjent korzysta z leków doraźnych częściej niż 2 razy w tygodniu, co może wpływać na funkcjonowanie w życiu codziennym.
- astma niekontrolowana – objawy występują kilka razy dziennie, także w nocy. Pacjent wielokrotnie przyjmuje leki doraźne, co istotnie wpływa na funkcjonowanie w życiu codziennym. Choroba utrudnia lub uniemożliwia wykonywanie podstawowych czynności dnia codziennego[8].

Tab. 1. Kryteria kontroli astmy według GINA

---

[6] R. Pawilczak, *Alergologia...*

[7] P. Kuna, M. Kupczyk, I. Kupryś-Lipińska, POLASTMA – *Narodowy Program Wczesnej Diagnostyki i Leczenia Astmy*, Polskie Towarzystwo Alergologiczne, Warszawa 2009, s. 3–5.

[8] Tamże.

Cechy	Poziomy kontroli astmy		
	Kontrolowana	Częściowo kontrolowana	Niekontrolowana
Objawy w ciągu dnia	Nie występują (2/tydz.)	> 2 razy/tydzień	≥ 3 kryteria częściowo kontrolowanej astmy
Ograniczona aktywność fizyczna	Nie występuje	Jakiekolwiek ograniczenia	
Objawy nocne/przebudzenia	Nie występuje	Jakiekolwiek	
Konieczność stosowania leków doraźnych	Nigdy (2/tydz.)	> 2 razy/tydzień	
Czynność płuc (PEF lub FEV*)	Prawidłowa	< 80% wartości należnej lub najlepszej maksymalnej	
Zaostrzenie	Nie występuje	1/rok	1 raz w każdym tygodniu

* PEF (Peak Expiratory Flow) – szczytowy przepływ wydechowy; FEV1 (Forced Expiratory Volume In One Second) – objętość wydechowa w pierwszej sekundzie wydechu.

Źródło: oprac. własne.

Cel badań

Celem badawczym pracy była analiza akceptacji choroby i satysfakcji z życia pacjentów z rozpoznaną astmą oskrzelową.

Problemy badawcze

Problem główny: Czy poziom akceptacji choroby wpływa na poziom satysfakcji z życia pacjentów z rozpoznaną astmą oskrzelową?

Hipoteza: Poziom akceptacji choroby wpływa na poziom satysfakcji z życia pacjentów z rozpoznaną astmą oskrzelową.

Problemy szczegółowe:

1. Czy wiek ma wpływ na akceptację choroby pacjentów z rozpoznaną astmą oskrzelową?

2. Czy wiek ma wpływ na satysfakcję z życia pacjentów z rozpoznaną astmą oskrzelową?

3. Czy płeć ma wpływ na akceptację choroby pacjentów z rozpoznaną astmą oskrzelową?

4. Czy płeć ma wpływ na satysfakcję z życia pacjentów z rozpoznaną astmą oskrzelową?

Na podstawie wyodrębnionych problemów szczegółowych postawiono następujące hipotezy:

1. Wiek ma wpływ na akceptację choroby pacjentów z rozpoznaną astmą oskrzelową.

2. Wiek ma wpływ na satysfakcję z życia pacjentów z rozpoznaną astmą oskrzelową.

3. Płeć ma wpływ na akceptację choroby pacjentów z rozpoznaną astmą oskrzelową.

4. Płeć ma wpływ na satysfakcję z życia pacjentów z rozpoznaną astmą oskrzelową.

Metody i narzędzia badawcze

W niniejszym badaniu zastosowano metodę ankiety. Jest to sposób zbierania danych za pomocą kwestionariusza zawierającego zestaw pytań dotyczących określonego tematu. Ma on postać drukowanego formularza z podanymi na nim pytaniami i wolnymi miejscami na wpisanie odpowiedzi lub też z gotowymi odpowiedziami, spośród których osoby badane wybierają te, które uważają za prawdziwe.

Jednym z narzędzi wykorzystanym w pracy jest Skala Akceptacji Choroby – AIS, która zawiera osiem stwierdzeń opisujących negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia. Konsekwencje te sprowadzają się do uznania ograniczeń narzuconych przez chorobę, braku samowystarczalności, poczucia zależności od innych i obniżonego poczucia własnej wartości. W każdym stwierdzeniu badany określa swój aktualny stan w skali pięciostopniowej od 1 (zdecydowanie zgadzam się) do 5 (zdecydowanie nie zgadzam się).

Kolejnym użytym narzędziem jest Skala Satysfakcji z Życia – SWLS, która zawiera pięć stwierdzeń dotyczących życia. Badany ocenia w jakim stopniu zgadza się z danym stwierdzeniem w skali od 1 (zupełnie nie zgadzam się) do 7 (całkowicie zgadzam się), co pozwala na ocenę zadowalania z życia.

Wyniki badań własnych

W pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego. Jest to metoda polegająca na gromadzeniu informacji o problemach interesujących badacza w wyniku relacji słownych z osobami badanymi. Przyjętą techniką jest wyżej opisana ankieta, natomiast narzędziem jest kwestionariusz ankiety.

W badaniu wykorzystane zostały następujące zmienne:

- zmienne zależne (zmienne badane): akceptacja choroby (AIS), satysfakcja z życia (SWLS);
- zmienne niezależne (zmienne różnicujące/wpływające na zmienne zależne): płeć, wiek.

Analizy statystyczne zostały wykonane w programie IBM SPSS Statistics 23. Do weryfikacji problemów badawczych wykorzystano następujące testy statystyczne: test normalności Shapiro-Wilka, analizę rzetelności Alfa Cronbacha (przyjęto, że wysoka rzetelność jest powyżej wartości $\alpha > 0,7$), test t-Studenta dla jednej próby, analizę korelacji rho Spearmana, test U Manna-Whitney'a. W pracy przyjęto poziom istotności statystycznej $p < 0,05$.

Badanie przeprowadzono na próbie liczącej 165 osób z astmą oskrzelową, z czego kobiety stanowiły 55%, a mężczyźni 45%.

Badani byli w wieku między 22 a 86 rokiem życia, a średnia wieku wyniosła 57 lat z odchyleniem od tej średniej ±15,47 lat. Największą grupę stanowili badani w wieku między 61–70 lat (27%) oraz w wieku 51–60 lat (19%) i 71–80 lat (16%). Dla analizowanych skal i ich komponentów obliczono statystyki opisowe, które przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Statystyki opisowe dla skali akceptacji choroby

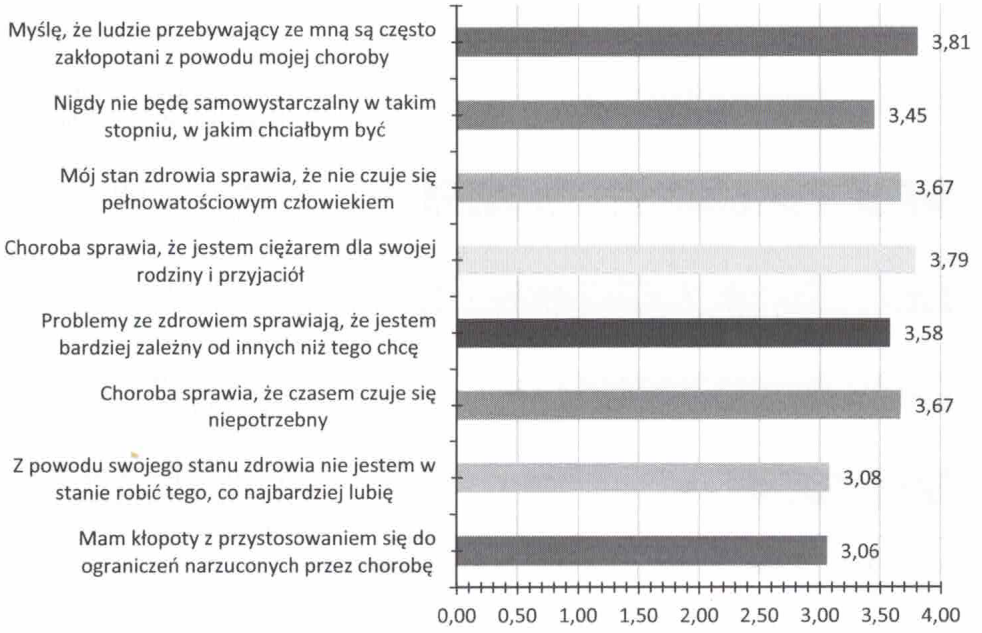
Akceptacja choroby	Min	Max	Średnia	Odchylenie standardowe	Skośność	Kurtoza
Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę	1	5	3,06	1,35	–0,10	–1,27
Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię	1	5	3,08	1,36	–0,03	–1,23
Choroba sprawia, że czasem czuje się niepotrzebny	1	5	3,67	1,41	–0,70	–0,87
Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę	1	5	3,58	1,51	–0,63	–1,10
Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół	1	5	3,79	1,44	–0,91	–0,59

Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuje się pełnowartościowym człowiekiem	1	5	3,67	1,45	–0,70	–0,92
Nigdy nie będę samowystarczalny w takim stopniu, w jakim chciałbym być	1	5	3,45	1,51	–0,53	–1,19
Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby	1	5	3,81	1,29	–0,79	–0,52
Akceptacja choroby	8	40	27,92	9,50	–0,42	–1,01

Źródło: oprac. własne.

Każde ze stwierdzeń skali akceptacji choroby było wyrażane na skali od 1 do 5 pkt, przy czym wyższa punktacja oznaczała silniejsze niezgadzanie się z danym stwierdzeniem. Badani najczęściej przyznawali, że mają kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę i z powodu swojego stanu zdrowia nie są w stanie robić tego, co najbardziej lubią. Najmniej zgadzali się natomiast z tym, że ludzie przebywający w ich otoczeniu są zakłopotani ich chorobą oraz choroba sprawia, że są ciężarem dla ich rodziny.

Na łącznej skali akceptacji choroby badani uzyskali od 8 do 40 pkt, przy czym średnia tej skali wyniosła 27,92 pkt z odchyleniem od tej średniej ± 9,50 pkt (rys. 1).



Rys. 1. Średnie dla pozycji skali akceptacji choroby

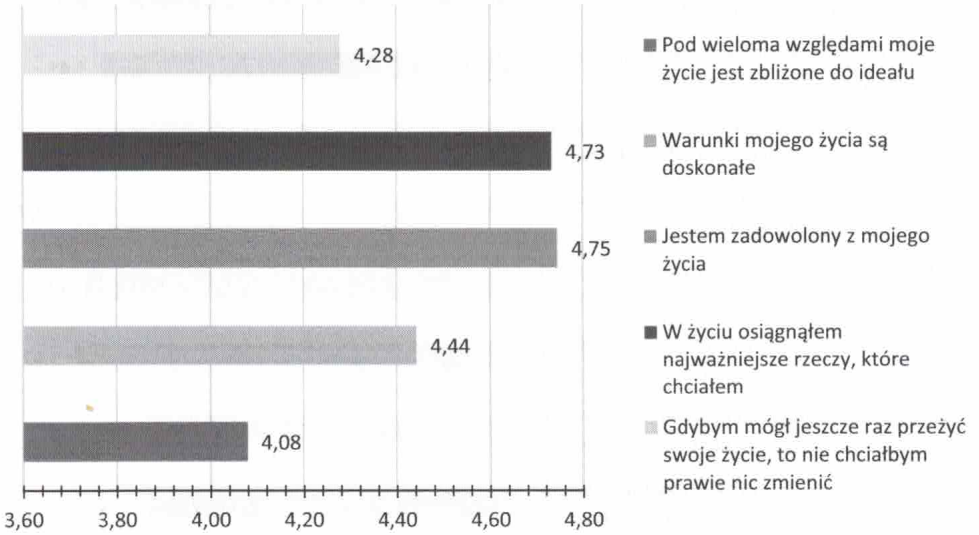
Źródło: oprac. własne

Następnie analogicznie statystyki opisowe obliczone zostały dla stwierdzeń dotyczących satysfakcji z życia i łącznej skali satysfakcji. Wyniki przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Statystyki opisowe dla skali satysfakcji z życia

Satysfakcja z życia	Min	Max	Średnia	Odchylenie standardowe	Skośność	Kurtoza
Pod wieloma względami moje życie jest zbliżone do ideału	1	7	4,08	1,28	–0,46	–0,48
Warunki mojego życia są doskonałe	2	7	4,44	1,14	–0,46	0,02
Jestem zadowolony z mojego życia	1	7	4,75	1,37	–0,68	0,15
W życiu osiągnąłem najważniejsze rzeczy, które chciałem	1	7	4,73	1,25	–0,46	0,21
Gdybym mógł jeszcze raz przeżyć swoje życie, to nie chciałbym prawie nic zmienić	1	7	4,28	1,41	–0,24	–0,66
Satysfakcja z życia	**8**	**33**	**22,38**	**5,24**	**–0,43**	**–0,46**

Źródło: oprac. własne.



Rys. 2. Średnie dla pozycji skali satysfakcji z życia

Źródło: oprac. własne

W stwierdzeniach dotyczących satysfakcji z życia możliwa była skala od 1 do 7 pkt. Wyższa punktacja w danym pytaniu oznaczała większą zgodność z danym stwierdzeniem. Badani najczęściej przyznawali, że są zadowoleni z własnego życia oraz że w życiu osiągnęli najważniejsze rzeczy, jakie chcieli. Najmniej zgadzali się oni z tym, że pod wieloma względami ich życie jest zbliżone do ideału oraz że gdyby mogli jeszcze raz przeżyć swoje życie, to prawie nic by nie zmienili (rys. 2).

Poziom skali satysfakcji z życia był z przedziału 8–33 pkt, ze średnią 22,38 pkt i odchyleniem od tej średniej ± 5,34 pkt.

W celu wybrania odpowiednich metod analiz statystycznych wykonane zostały analizy normalności testami Shapiro-Wilka. Natomiast w celu sprawdzenia rzetelności odpowiedzi wykonano analizę Alfy Cronbacha. Wyniki przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Wyniki analizy normalności testami Shapiro-Wilka i rzetelności Alfa Cronbacha dla skali akceptacji choroby i satysfakcji z życia

	SW	df	p	α
Akceptacja choroby	0,93	165	0,000	0,94
Satysfakcja z życia	0,97	165	0,002	0,88

SW – statystyka Shapiro-Wilka, df – liczba stopni swobody, p – poziom istotności statystycznej, α – Alfa Cronbacha.

Źródło: oprac. własne.

Analiza rzetelności dała zadowalające wyniki dla akceptacji choroby α = 0,94 i satysfakcji z życia α = 0,88. Wysoka rzetelność tych skal świadczy o spójności odpowiedzi badanych osób.

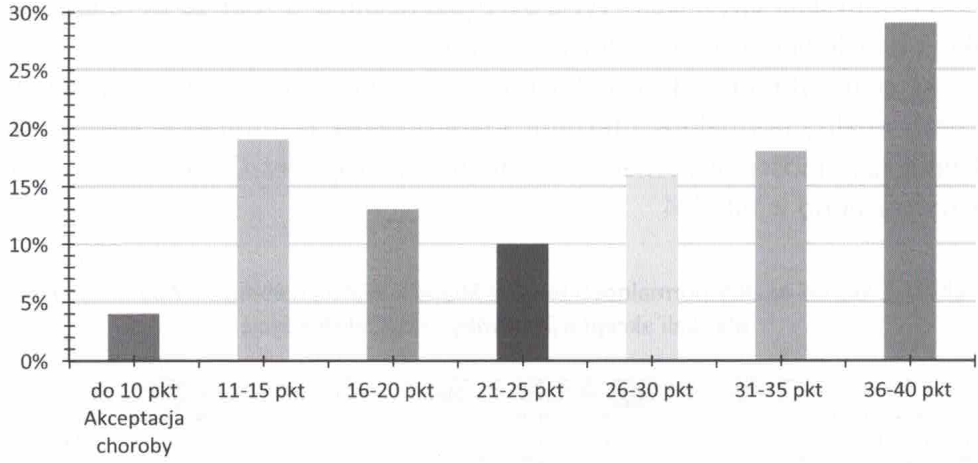
Analiza normalności testami Shapiro-Wilka dała istotne statystycznie wyniki dla akceptacji choroby SW (165) = 0,93; $p<0{,}001$ i satysfakcji z życia SW (165) = 0,97; $p<0{,}01$.

Na podstawie rysunku rozkładu skali akceptacji choroby i wartości kurtozy oraz skośności, można zauważyć, że rozkład tej zmiennej był lewnoskośny i spłaszczony. Większość wyników przyjmowała wysokie wartości, co oznacza, że badani mieli wysoki poziom skali akceptacji choroby (rys. 3).

Analogicznie – na podstawie rozkładu skali satysfakcji z życia i wartości skośności i kurtozy tej skali – można zauważyć, że rozkład również był lewoskośny. Większość wyników przyjmowała wysokie wartości co oznacza, że badani mieli wysoki poziom skali satysfakcji z życia (rys. 4).

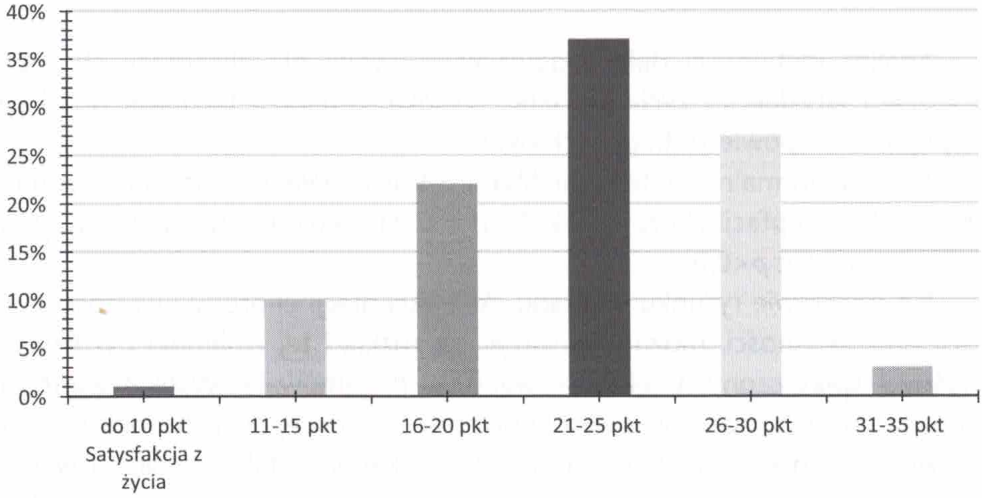
Z analizy rozkładu stenowego wynika, że największy odsetek badanych osób miał poziom satysfakcji z życia w przedziale 7 stena (27%), a następnie 6 stena (17%) i 8 stena (14%), co ilustruje rys. 5.

Ze względu na to, że rozkład tych skal istotnie statystycznie różnił się od rozkładu normalnego, w dalszej części pracy zastosowano odpowiednie testy nieparametryczne.



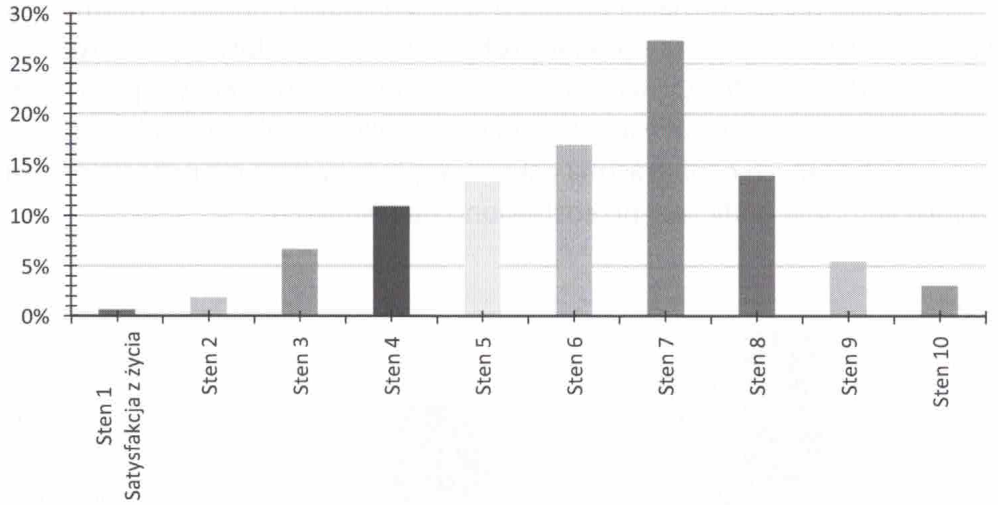
Rys. 3. Rozkład dla skali akceptacji choroby

Źródło: oprac. własne



Rys. 4. Rozkład dla skali satysfakcji z życia

Źródło: oprac. własne



Rys. 5. Rozkład stenowy dla skali satysfakcji z życia

Źródło: oprac. własne

Formalną weryfikację poziomu analizowanych zmiennych zależnych wykonano, porównując wyniki średnie z normami z podręczników odpowiednich kwestionariuszy. Dla skali akceptacji choroby przyjęto normę na poziomie 25 pkt, a dla skali satysfakcji z życia na poziomie 20 pkt. Do porównania wyników z normami wykorzystano analizę testu t-Studenta dla jednej próby. Wyniki analiz wraz ze statystykami opisowymi przedstawiono w tabeli 5.

Tabela 5. Statystyki opisowe i analizy testami t-Studenta dla jednej próby dla skali akceptacji choroby i satysfakcji z życia

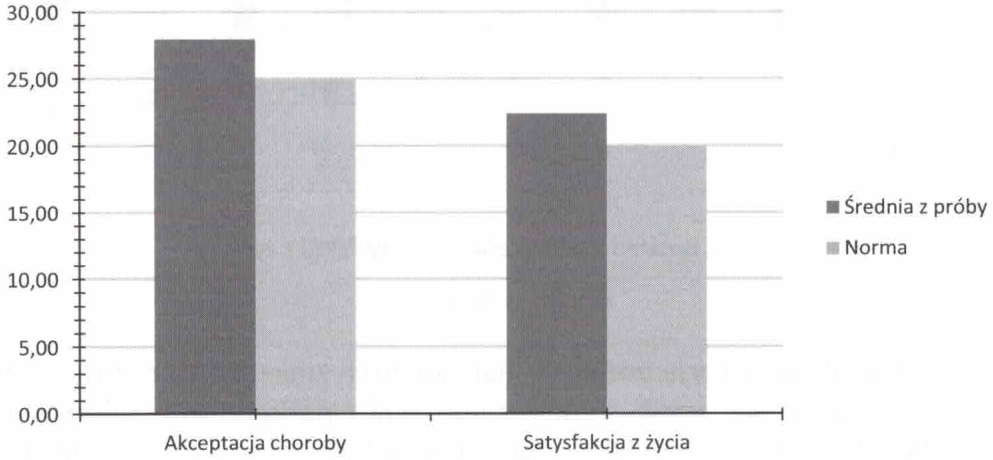
	Średnia	Odchylenie standardowe	Norma	t	df	p
Akceptacja choroby	27,92	9,50	25	3,95	164	0,000
Satysfakcja z życia	22,38	5,24	20	5,84	164	0,000

t – statystyka t-Studenta, df – liczba stopni swobody, p – poziom istotności statystycznej

Źródło: oprac. własne.

Analiza testem t-Studenta dla jednej próby dała istotny statystycznie wynik dla porównania poziomu skali akceptacji choroby z normą t (164)=3,95; p<0,001. Oznacza to, że wynik tej skali uzyskany z próby różnił się istotnie statystycznie od normy dla tej skali. Akceptacja choroby w grupie badanych osób z astmą oskrzelową była wyższa niż przyjęta norma.

Również dla porównania poziomu skali akceptacji choroby z normą analiza testem t-Studenta dla jednej próby dała istotny statystycznie wynik t (164) = 5,84; p<0,001. Oznacza to, że wynik tej skali uzyskany z próby również różnił się istotnie statystycznie od normy dla tej skali. Satysfakcja z życia w grupie badanych osób z astmą oskrzelową była wyższa niż przyjęta norma. Wyniki w formie graficznej przedstawiono na rysunku 6.



Rys. 6. Porównanie poziomu skali akceptacji choroby i satysfakcji z życia z normami

Źródło: oprac. własne

Kolejnym celem przeprowadzonych badań było zweryfikowanie, czy wiek miał wpływ na akceptację choroby i satysfakcję z życia pacjentów z astmą oskrzelową oraz czy poziom akceptacji choroby wpływał na poziom satysfakcji z życia pacjentów. Żeby zweryfikować te założenia wykonano serię analiz korelacji rho Spearmana (tab. 6).

Tabela 6. Wyniki analiz korelacji rho Spearmana dla związku wieku, skali akceptacji choroby i satysfakcji z życia

	Wiek	Akceptacja choroby	Satysfakcja z życia
Wiek	1	–0,65***	–0,29***
Akceptacja choroby		1	0,57***
Satysfakcja z życia			1

* – p<0,05; ** – p<0,01; *** – p<0,001

Źródło: oprac. własne.

Analiza korelacji rho Spearmana wykazała, że wiek był istotnie statystycznie i ujemnie powiązany ze skalą akceptacji choroby ρ = –0,65; p<0,001 i ze skalą satysfakcji z życia ρ = –0,29; p<0,001. Związki te były ujemne co oznacza, że wiek miał negatywny wpływ na akceptację choroby i satysfakcję z życia u badanych osób z astmą oskrzelową. Silniejsza relacja była jednak dla wpływu wieku na akceptację choroby.

Analizy wykazały również, że skala akceptacji choroby miała istotny statystycznie wpływ na satysfakcję z życia ρ = 0,57; p < 0,001. Związek ten był dodatni, co oznacza, że w grupie osób z astmą oskrzelową wraz ze wzrostem akceptacji choroby rósł poziom satysfakcji z życia. Relacja ta była silna.

Następnie analogiczną analizę korelacji rho Spearmana wykonano z podziałem na płeć badanych osób (tab. 7).

Analizy korelacji rho Spearmana z podziałem na płeć wykazały, że wpływ wieku na satysfakcję z życia był silniejszy u mężczyzn ρ = –0,39; p<0,01 niż u kobiet ρ = –0,24; p < 0,05. U mężczyzn wraz ze wzrostem wieku silniej malała satysfakcja z życia niż u kobiet.

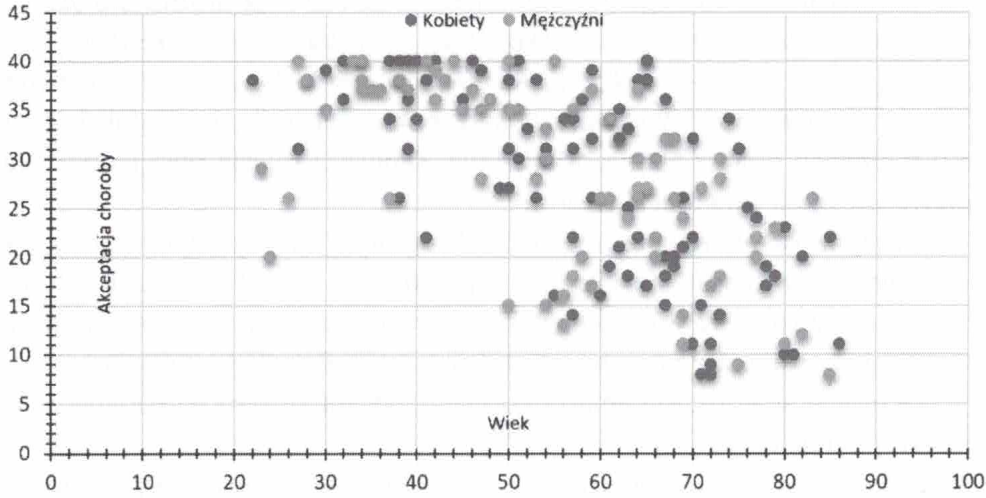
Tabela 7. Wyniki analiz korelacji rho Spearmana dla związku wieku, skali akceptacji choroby i satysfakcji z życia z podziałem na płeć

		Wiek	Akceptacja choroby	Satysfakcja z życia
Kobiety	Wiek	1	–0,65***	–0,24*
	Akceptacja choroby		1	0,49***
	Satysfakcja z życia			1
Mężczyźni	Wiek	1	–0,64***	–0,39**
	Akceptacja choroby		1	0,72***
	Satysfakcja z życia			1

*– p<0,05; **– p<0,01; ***– p<0,001

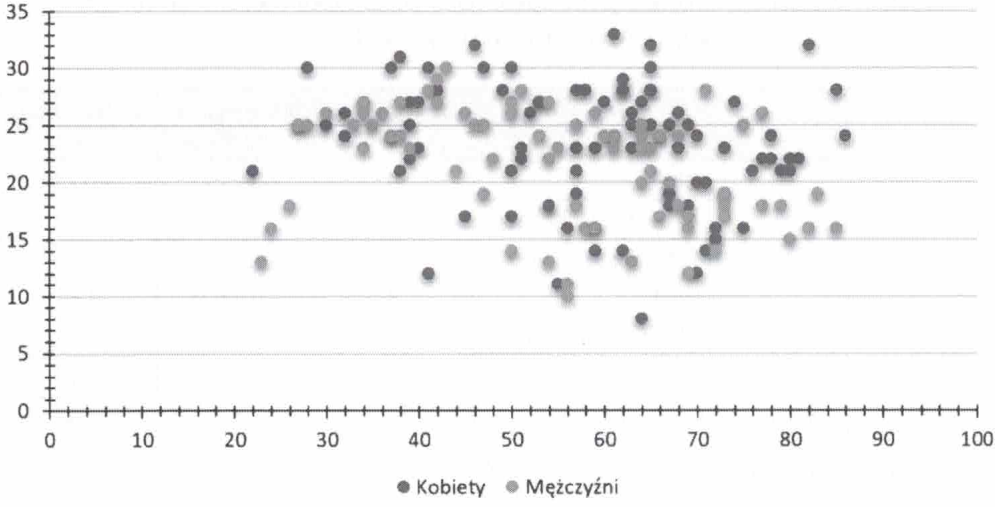
Źródło: oprac. własne.

Płeć różnicowała również wpływ akceptacji choroby na poziom satysfakcji z życia. Silniejszy wpływ był w przypadku mężczyzn ρ = 0,72; p<0,001 niż kobiet ρ = 0,49; p<0,001. U mężczyzn wraz ze wzrostem akceptacji choroby silniej rosła satysfakcja z życia niż u kobiet (rys. 7).



Rys. 7. Wpływ wieku na akceptację choroby z podziałem na płeć

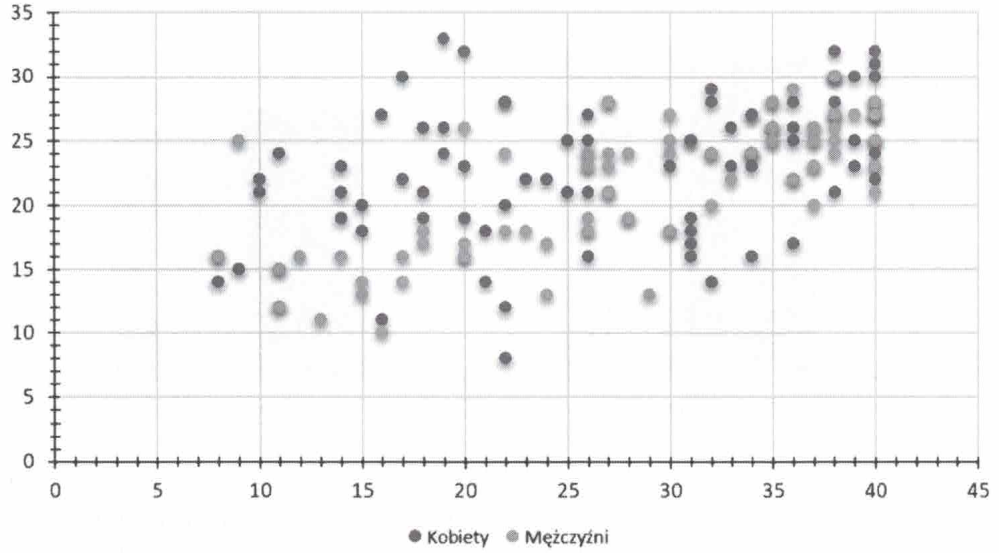
Źródło: oprac. własne



Rys. 8. Wpływ wieku na satysfakcję z życia z podziałem na płeć

Źródło: oprac. własne

Ostatnim celem badania było pytanie, czy płeć pacjentów z astmą oskrzelową miała wpływ na ich poziom skali akceptacji choroby i satysfakcji z życia. Do zweryfikowania tej relacji wykorzystano analizę testem U Manna-Whitney'a, której wyniki wraz ze statystykami opisowymi przedstawiono w tab. 8 i rys. 9.



Rys. 9. Wpływ akceptacji choroby na satysfakcję z życia z podziałem na płeć

Źródło: oprac. własne

Tabela 8. Statystyki opisowe i analizy testami U Manna-Whitney'a dla porównania skali akceptacji choroby i satysfakcji z życia ze względu na płeć

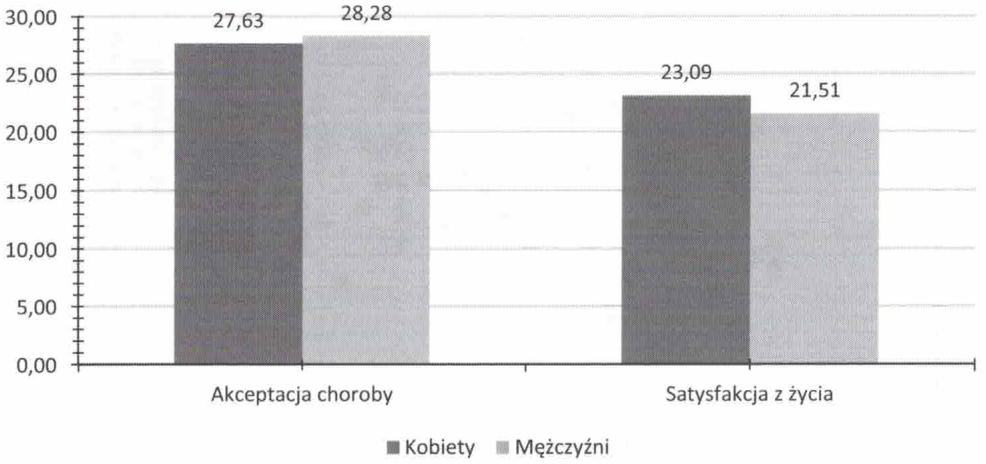
	Kobiety		Mężczyźni		Z	p
	M	SD	M	SD		
Akceptacja choroby	27,63	9,84	28,28	9,13	–0,31	0,759
Satysfakcja z życia	23,09	5,40	21,51	4,93	–1,89	0,059

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, Z – statystyka U Manna-Whitney'a, p – poziom istotności statystycznej.

Źródło: oprac. własne.

Analiza testem U Manna-Whitney'a dała nieistotny statystycznie wynik dla wpływu płci na skalę akceptacji choroby $Z = -0{,}31$; $p = 0{,}759$. Oznacza to, że kobiety z astmą oskrzelową miały podobny poziom akceptacji choroby $M = 27{,}63$; $SD = 9{,}84$ co mężczyźni z tą samą chorobą $M = 28{,}28$; $SD = 9{,}13$.

Wykazano natomiast, że płeć miała wpływ na poziom skali satysfakcji z życia $Z=-1{,}89$; $p=0{,}059$ (wynik na granicy tendencji statystycznej). Wykazano, że wyższy poziom skali satysfakcji z życia był u badanych kobiet z astmą oskrzelową $M = 23{,}09$; $SD = 5{,}40$ niż u badanych mężczyzn z tą samą chorobą $M = 21{,}51$; $SD = 4{,}93$. Wyniki w formie graficznej przedstawiono na rys. 10.



Rys. 10. Poziom akceptacji choroby i satysfakcji z życia z podziałem na płeć

Źródło: oprac. własne

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań ustalono następujące wnioski:

1. Wykonane analizy statystyczne wykazały, że badani pacjenci z astmą oskrzelową cechowali się wyższym niż zakładane normy poziomem akceptacji choroby i skali satysfakcji z życia.

2. Dodatkowo wykazano, że u kobiet chorujących na astmę oskrzelową satysfakcja z życia była wyższa niż u mężczyzn chorujących na te same schorzenie.

3. Wiek badanych wpływał na ich akceptację choroby. Osoby starsze miały mniejszy poziom akceptacji choroby, a najmniej choroba wpływała na życie u osób młodych. Satysfakcja z życia była również związana z wiekiem. Im badani byli starsi, tym niższa była ich skala satysfakcji z życia. Wiek silniej wpływał na satysfakcję z życia niż na akceptację choroby, a relacje te były silniejsze u mężczyzn.

4. Akceptacja choroby okazała się istotnie wpływać na satysfakcję z życia. Wyniki badań wskazały, że była silniejsza u mężczyzn.

Bibliografia

Kuna P., Kupczyk M., Kupryś-Lipińska I., *POLASTMA – Narodowy Program Wczesnej Diagnostyki i Leczenia Astmy. PTA 2009*, Polskie Towarzystwo Alergologiczne, Warszawa 2009, s. 3–5.

Kupryś-Lipińska I., Łęcka D., Dąbrowiecki P., *Raport. Astma ciężka sytuacja pacjentów w Polsce*, Novartis, Warszawa 2015.

Łukaszyk M., Ziętkowski Z., Bodzent-Łukaszyk A., *Czym jest astma ciężka/trudna – definicje*, „Alergia. Astma. Immunologia" 2013, nr 18 s. 69–70,

Pawilczak R., *Alergologia – kompendium*, Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2018, s. 119–143.

Samoliński B., Komorowski J., Furmańczyk K., *Epidemiologia astmy w Polsce na podstawie badania ECAP*, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa 2012.

Licencja Creative Commons © by Wydawnictwo EUH-E, Elbląg 2020, pewne prawa zastrzeżone.