

**Renata Robaszekiewicz-Bouakaz¹, Monika Kołaczyk², Joanna Owsianowska¹, Sylwia Wieder-Huszla¹,
Dorota Branecka-Woźniak³, Paulina Zabielska⁴, Anna Jurczak¹**

¹ Zakład Pielęgniarstwa Specjalistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

² Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa Specjalistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

³ Katedra i Zakład Ginekologii i Zdrowia Prokreacyjnego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

⁴ Katedra Medycyny Społecznej, Zakład Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

STOPIEŃ AKCEPTACJI CHOROBY PACJENTÓW ZE STWARDNIENIEM ROZSIANYM

The level of illness acceptance in patients with multiple sclerosis

Streszczenie

Wstęp

Stwardnienie rozsiane (SM) jest nabytą chorobą zapalno-demielinizacyjną układu nerwowego.

Cel

Analiza czynników determinujących stopień akceptacji choroby przewlekłej.

Material i metody

Grupę badaną stanowiło 100 chorych z rozpoznaną rzutowo-remisyjną postacią stwardnienia rozsianego, pacjentów Kliniki Neurologii z Pododdziałem Udarowym SPSK Nr 1 w Szczecinie. Badania zostały przeprowadzone w oparciu o standaryzowaną Skalę Satysfakcji z Życia (AIS).

Wyniki

Średni poziom akceptacji choroby w badanej grupie wynosił $29,82 \pm 7,98$. Czas trwania choroby u badanych wynosił średnio $6,04 \pm 5,265$ lat, natomiast średnia wieku w chwili zdiagnozowania $30,66$ ($SD = 9,617$).

Wnioski

Badana grupa pacjentów z postacią rzutowo-remisyjną stwardnienia rozsianego prezentuje dobry poziom akceptacji i adaptacji do choroby. Czynniki determinującymi poziom akceptacji choroby jest wykształcenie i aktywność zawodowa. Poziom akceptacji choroby pozostaje w ścisłym związku z wiekiem zdiagnozowania SM.

Słowa kluczowe: stwardnienie rozsiane, akceptacja choroby.

Abstract

Background

Multiple sclerosis (MS) is an acquired inflammatory demyelinating disease of the nervous system.

Aim of this study

Analyze factors that determine the level of acceptance of a chronic disease.

Material and methods

The study included 100 individuals (with relapsing-remitting *multiple sclerosis*—patients of Neurology Clinic with Stroke Unit, Independent Public Clinical Hospital no 1 in Szczecin). This survey-based study used a standardized questionnaire, the *Acceptance of Illness Scale (AIS)*.

Results

The average level of illness acceptance was 29.82 ± 7.98 . The mean duration of illness was 6.04 ± 5.265 years, and the mean age at the time of diagnosis was 30.66 (SD = 9.617).

Conclusions

The studied group of patients with relapsing-remitting *multiple sclerosis* displayed a high level of illness acceptance and adaptation to it. The level of illness acceptance is determined by education and employment. It is also closely related to the age at the time of diagnosis. The choice of therapeutic methods depends on the level of illness acceptance.

Key words: multiple sclerosis, illness acceptance

Wstęp

Stwardnienie rozsiane (SM, *sclerosis multiplex*) jest nabytą chorobą zapalno-demielinizacyjną, polegającą na wieloogniskowym uszkodzeniu i rozpadzie komórek mielinowych, otaczających włókna nerwowe. Etiologia SM nie została wyjaśniona, jednak prowadzone badania potwierdzają rolę zakażeń wirusowych, mechanizmów immunologicznych, czynników środowiskowych i predyspozycji genetycznych w wystąpieniu choroby. Najpewniejszą rolę w patogenezie odgrywiają mechanizmy immunologiczne, dlatego uznaje się ją za chorobę autoimmunizacyjną [Turner i in., 2008; Jabłońska i in., 2012; Potemkowski, 2013; Snarska i in., 2015]. Schorzenie to jest najczęściej występującą neurologiczną przyczyną trwałej niepełnosprawności prowadzącą do zaburzeń w funkcjonowaniu fizycznym, psychicznym i społecznym [Selmaj, 2006; Głąbiński, 2010].

Pierwsze objawy SM występują najczęściej pomiędzy 20 a 40 rokiem życia i charakteryzują się dużym zróżnicowaniem, co ma związek z lokalizacją ognisk demielinizacyjnych [Selmaj, 2006; Głąbiński, 2010; Snarska i in., 2015]. Do najbardziej typowych objawów wczesnych należą między innymi: pozagłokowe zapalenie nerwu wzrokowego, niedowład piramidowe, zaburzenia czucia powierzchniowego. Objawy napadowe powodują z kolei krótkotrwałe dolegliwości takie jak: osłabienie ostrości widzenia, uczucie przechodzenia prądu wzdłuż kręgosłupa przy biernym zgięciu karku z towarzyszącym bólem promieniującym do kończyn, dyzartria, podwójne widzenie, skurcze i zaburzenia napięcia mięśniowego, nerwobóle wzdłuż przebiegu nerwu trójdzielnego. Do najczęściej występujących objawów przewlekłych należą niedowład piramidowe kończyn, najczęściej dolnych, a stopień ich nasilenia decyduje o sprawności chorego. Zaburzenia funkcji pnia mózgu powodują podwójne widzenie, oczopląs, niedowład mięśni mimicznych, połowiczny kurcz twarzy, szumy uszne, dysfagię, zawroty głowy i zaburzenia równowagi, którym towarzyszą nudności i wymioty [Selmaj, 2006; Maciejek i Wawrzyniak, 2013; Opara, 2013]. W zaawansowanym stadium choroby, w wyniku uszkodzenia mózdzku występuje dyzartria, mowa skandowana, dysmetria, dysrytmia, dysdiadochokineza, drżenie zamiarowe i drętwienie w obrębie twarzy. Jednoczesne występowanie drżenia zamiarowego, oczopląsu i dyzartrii określane jest mianem triady Charcota [Maciejek i Wawrzyniak, 2013; Szczuciński i Losy, 2013]. Do innych objawów zaawansowanego procesu chorobowego należą: zaburzenia funkcji pęcherza moczowego, oddawania stolca, funkcji seksualnych, funkcji poznawczych, zespół przewlekłego zmęczenia, depresja oraz pierwotne i wtórne zespoły bólowe [Lew-Starowicz, 2012; Halicka i in., 2017].

Charakterystyka obrazu klinicznego stwardnienia rozsianego pozwala na wyróżnienie czterech postaci choroby: rzutowo-remisyjnej, wtórnie-postępującej, pierwotnie-postępującej i rzutowo-przewlekłej, która stanowi pograniczne postaci rzutowo-remisyjnej i wtórnie-postępującej [Maciejek i Wawrzyniak, 2013; Broła i in., 2017]. Biorąc pod uwagę szybkość postępu choroby wyróżnia się postać łagodną, o powolnym przebiegu oraz postać złośliwą, która ma bardzo szybki i ciężki przebieg, prowadzący do ciężkiego zespołu mózgowego z dołączającymi się w późniejszym okresie napadami padaczkowymi, sztywnością mięśniową i nasilonymi zaburzeniami funkcji poznawczych [Maciejek i Wawrzyniak, 2013]. Postępowanie terapeu-

tycznew SM polega na podawaniu leków modulujących przebieg choroby, leczeniu objawów, wydłużaniu okresów remisji oraz opóźnianiu postępu niepełnosprawności [Turner i in., 2008; Głąbiński, 2010].

Choroba przewlekła stanowi bardzo silny stresor, a jej pojawienie się w życiu zmusza jednostkę do wieloaspektowych zmian adaptacyjnych. Akceptacja choroby oznacza wejście w rolę chorego, a tym samym uznanie powodowanych przez nią ograniczeń. Zaburzenie dobrostanu psychicznego zależy od rodzaju schorzenia, pojawiającej się w jego następstwie niepełnosprawności, szybkości progresji, stopnia zagrożenia życia, a także od czynników takich jak wiek, płeć, sytuacja rodzinna i materialna, otrzymywanie wsparcia [Chojnacka-Szwałowska, 2012]. Stwardnienie rozsiane charakteryzuje zmienna i trudna do przewidzenia dynamika, a stosowane leczenie nie jest w pełni zadawalające, co powoduje trudności adaptacyjne związane z utratą poczucia kontroli nad sytuacją. Proces akceptacji choroby i adaptacji do życia jest zjawiskiem złożonym w którym duże znaczenie odgrywają procesy poznawcze i stany emocjonalne. Wieloaspektowe utrudnienia w tym zakresie powoduje występowanie zaburzeń funkcji poznawczych i depresji, które są charakterystyczne dla SM [Chojnacka-Szwałowska, 2012; Snarska i in., 2015; Pejas-Grzybek i Skorupska-Król, 2015].

Cel pracy

Celem pracy była analiza czynników determinujących stopień akceptacji choroby przewlekłej u pacjentów z postacią rzutowo-remisyjną stwardnienia rozsianego.

Materiał i metody

Grupę badaną stanowiło 100 pacjentów (64 kobiety i 36 mężczyzn) z rozpoznaną rzutowo-remisyjną postacią stwardnienia rozsianego, hospitalizowanych w Klinice Neurologii z Pododdziałem Udarowym Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Szczecinie. Badania nie wymagały zgody Komisji Bioetycznej PUM.

Badania zostały przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego od czerwca do listopada 2017 roku w oparciu o standaryzowaną Skalę Satysfakcji z Życia (*AIS, Acceptance of Illness Scale*) zaadaptowaną do warunków polskich przez Juczyńskiego [Juczyński, 2002], która służy do pomiaru stopnia akceptacji choroby. Skala zawiera osiem stwierdzeń, które opisują trudności i ograniczenia związane z występowaniem choroby. Każde stwierdzenie składa się z pięciostopniowej skali Likerta na której pacjent określa swój obecny stan zdrowia, wybierając cyfry od 1 do 5, a suma uzyskanych punktów jest ogólną miarą stopnia akceptacji choroby. Wyniki końcowe grupowane są w trzech przedziałach punktowych, gdzie wynik poniżej 18 punktów oznacza słabą akceptację choroby, 18–29 punktów średnią akceptację, natomiast uzyskanie powyżej 29 punktów jest wyznacznikiem pełnej akceptacji i adaptacji do choroby. Do badania sytuacji socjodemograficznej i zdrowotnej wykorzystano kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. Analizę statystyczną zebranego materiału wykonano w programie IBM SPSS, wersja 22. Porównanie wartości zmiennych ilościowych w grupach, gdy zmienna nie miała rozkład normalnego wykonano za pomocą testu U Manna – Whitney’a. Dla dwóch lub więcej grup wykonano nieparametryczny test Anova Kruskala – Wallisa. W przypadku złamania założenia o rozkładzie normalnym lub porządkowym charakterze zmiennych wykorzystano współczynnik korelacji Spearmana. W analizach, jako istotne przyjęto efekty dla których wartość prawdopodobieństwa p była mniejsza od przyjętego poziomu istotności 0,05 ($p < 0,05$).

Wyniki

Średni czas trwania choroby w badanej grupie wynosił $6,04 \pm 5,265$ lat, natomiast średnia wieku w chwili zdiagnozowania stwardnienia rozsianego wynosiła 30,66 ($SD = 9,617$). Ponad połowę badanych, tj. 59% stanowiły osoby aktywne zawodowo, świadczenia rentowe pobierało 21% badanych, bezrobotnych było 16% pacjentów i tylko 6% stanowiły osoby będące w trakcie nauki. Uczestnicy badania prezentowali zróżnicowany poziom wykształcenia. Połowa chorych tj. 50% posiadała wykształcenie wyższe, średnie – 38%, zasadnicze zawodowe – 11%, natomiast tylko 1% pacjentów zadeklarowało wykształcenie na poziomie podstawowym. Głównym źródłem wsparcia dla większości badanych, tj. 94% była rodzina, pomoc ze strony przyjaciół otrzymywało 27% chorych. Tylko dla 1% chorych źródło wsparcia stanowiło Polskie Stowarzyszenie Stwardnienia Rozsianego, również 1% pacjentów nie otrzymywało wsparcia. Leczenie w oparciu

o interferony było stosowane wobec 47% chorych, octan glatirameru przyjmowało 20% badanych. Tecfidere podawano 18% chorych, natomiast natalizumab 15%, rehabilitację stosowało 14% ankietowanych. Ponad połowa badanych, tj. 56% akceptuje chorobę na poziomie dobrym, umiarkowany poziom akceptacji SM występował u 35% pacjentów, tylko 9% chorych nie akceptowało choroby. Średni poziom akceptacji choroby w badanej grupie wynosił $29,82 \pm 7,98$. Poziom minimalny akceptacji choroby wynosił 8, a maksymalny 40 punktów.

Tabela 1. Poziom akceptacji choroby w badanej grupie
Table 1. The level of illness acceptance in the study sample

Poziom akceptacji choroby/ Level of illness acceptance	N	± SD	Min – Max
	100	$29,82 \pm 7,98$	8 - 40

N – liczebność/number, – średnia arytmetyczna/arithmetic mean, SD – odchylenie standardowe/standard deviation, Min – minimum/minimum, Max – maximum/ maksimum

Najwyższy średni poziom ($31,60 \pm 6,922$) akceptacji choroby prezentowali pacjenci z wykształceniem wyższym, natomiast najniższy ($23,50 \pm 8,107$) chorzy, którzy deklarowali wykształcenie na poziomie podstawowym/zawodowym. Widoczny jest również wpływ aktywności zawodowej na poziom akceptacji choroby. W przeprowadzonym badaniu najwyższe średnie wartości ($32,83 \pm 8,635$) uzyskały osoby będące w trakcie nauki i pacjenci pracujący ($31,39 \pm 6,838$), najniższe natomiast ($25,65 \pm 9,935$) pacjenci korzystający ze świadczeń rentowych.

Analiza wpływu czynników socjodemograficznych wykazała istotne statystycznie zależności ($p < 0,05$) pomiędzy poziomem akceptacji choroby, a wykształceniem i aktywnością zawodową. Nie wykazano natomiast istotnych statystycznie zależności ($p > 0,05$) pomiędzy poziomem akceptacji choroby, a płcią, miejscem zamieszkania i stanem cywilnym badanych.

Tabela 2. Wpływ czynników socjodemograficznych na poziom akceptacji choroby
Table 2. The influence of sociodemographic factors on the level of illness acceptance

Czynniki socjodemograficzne/ Sociodemographic factors	N	± SD	df	p		
Płeć/Sex						
Kobieta/Woman		64	$30,41 \pm 7,717$		0,292*	
Mężczyzna/Man		36	$28,78 \pm 7,317$			
Miejsce zamieszkania/ Place of residence						
Wieś/Village		16	$26,69 \pm 8,639$	3	0,44**	
Miasto do 10 000/ City up to 10,000		18	$30,56 \pm 7,081$			
Miasto < 100 000/ City < 100,000		36	$30,50 \pm 7,451$			
Miasto > 100 000/ City > 100 000		30	$30,23 \pm 7,454$			
Wykształcenie/Education						
Podstawowe/zawodowe/ Primary/vocational		12	$23,50 \pm 8,107$	2	0,008**	
Średnie/Secondary		38	$29,47 \pm 7,335$			

Wyższe/Tertiary		50	31,60±6,922		
Sytuacja materialna/Financial standing					
Bardzo dobra/Very good		6	35,83 ± 8,400	2	0,064**
Dobra/Good		90	29,46 ± 7,484		
Zła/Bad		4	29,00±6,976		
Stan cywilny/Marital status					
Związek formalny/Marriage		57	28,68 ± 8,157	2	0,29**
Związek nieformalny/Cohabitation		22	30,82 ± 6,602		
Wolny/Single		21	31,86 ± 6,673		
Aktywność zawodowa/ Employment					
Aktywny/Employed		59	31,39 ± 6,838	3	0,025**
Renta/Pension		20	25,65 ± 9,235		
Bezrobotny/Unemployed		15	28 ± 5,425		
Uczeń/Student		6	32,83 ± 8,635		

N – liczebność/number, – średnia arytmetyczna /arithmeticmean, SD – odchylenie standardowe/standard deviation, df– stopień swobody/degree of freedom, p – poziom istotności/level of significance,* – test U Manna–Whitney’a/ Mann–Whitney U test,** – test Kruskala –Wallisa/Kruskal–Wallis test, poziom istotności/level of significance

Przeprowadzona analiza wykazała istotną statystycznie zależność ($p < 0,05$) pomiędzy stopniem akceptacji choroby, a wiekiem badanych. Wyraźna zależność, o słabej sile i ujemnej korelacji świadczy o związku poziomu akceptacji choroby z wiekiem zachorowania. Pacjenci, u których rozpoznano stwardnienie rozsiane w młodszym wieku, prezentują wyższy poziom akceptacji choroby w porównaniu z osobami, u których zdiagnozowano SM w starszym wieku.

Tabela 3. Zależność pomiędzy stopniem akceptacji choroby a wiekiem zachorowania
Table 3. The relationship between the level of illness acceptance and the age of onset of disease

Stopień akceptacji choroby z uwzględnieniem wieku zachorowania/ The level of illness acceptance with regard to the age of onset of disease	r	p
	-0,359	0,000

r – współczynnik korelacji Spearmana/Spearman's correlation coefficient,
p – poziom istotności/level of significance

Przeprowadzona analiza nie wykazała istotnych statystycznie zależności ($p > 0,05$) pomiędzy korzystaniem ze wsparcia, a poziomem akceptacji choroby.

Tabela 4. Wpływ korzystania ze wsparcia na poziom akceptacji choroby
Table 4. The influence of using support on the level of illness acceptance

Grupa wspierająca/Support group	N	± SD	p*	
Rodzina/Family	nie/no	6	30 ± 4	0,827
	tak/yes	94	29,8 1± 7,784	
Przyjaciele/Friends	nie/no	73	29,49 ± 7,784	0,547
	tak/yes	27	30,70 ± 7,135	

Stowarzyszenie/Association	nie/no	99	29,87 ± 7,621	0,58
	tak/yes	1	25	
Brak/None	nie/no	99	29,87 ± 7,621	0,58
	tak/yes	1	25	

N – liczebność /number, – średnia arytmetyczna /arithmetic mean, SD – odchylenie standardowe/ standard deviation, p* – poziom istotności/level of significance (test U Manna–Whitney’a/ Mann–Whitney U test)

Wykazano również istotne statystycznie zależności ($p < 0,05$) pomiędzy oddziaływaniami rehabilitacyjnymi i stosowaną farmakoterapią (interferonów oraz natalizumabu), a poziomem akceptacji choroby. Pacjenci, którzy korzystali z rehabilitacji uzyskali niższy średni wynik ($26,07 \pm 5,98$) od chorych wobec których nie stosowano oddziaływań rehabilitacyjnych ($30,43 \pm 7,686$). Stosowanie interferonów i natalizumabu wpływa z kolei na lepszy poziom akceptacji choroby, gdyż pacjenci, którzy je przyjmowali uzyskali wyższe średnie wyniki od chorych wobec których farmakoterapia tymi lekami nie była wdrożona.

Analiza nie wykazała istotnych statystycznie zależności ($p > 0,05$), pomiędzy stosowaniem octanu glatirameru i tecfidery, a poziomem akceptacji choroby (Tab. 5).

Tabela 5. Wpływ stosowanej terapii na poziom akceptacji choroby
Table 5. The influence of therapy on the level of illness acceptance

Rodzaj podjętej terapii/The type of therapy applied	N	± SD	p*	
Rehabilitacja/Rehabilitation	nie/no	86	30,43 ± 7,686	0,02
	tak/yes	14	26,07 ± 5,98	
Interferony/Interferon	nie/no	53	28,04 ± 7,501	0,008
	tak/yes	47	31,83 ± 7,269	
Octan glatirameru/Glatirameracetate	nie/no	80	29,63 ± 7,719	0,682
	tak/yes	20	30,6 ± 7,229	
Natalizumab/Natalizumab	nie/no	85	30,51 ± 7,685	0,015
	tak/yes	15	25,93 ± 5,898	
Tecfidera/Tecfidera	nie/no	85	30,51 ± 7,685	0,103
	tak/yes	15	25,93 ± 5,898	

N – liczebność /number, – średnia arytmetyczna /arithmetic mean, SD – odchylenie standardowe/ standard deviation, p* – poziom istotności/level of significance (test U Manna–Whitney’a/ Mann–Whitney U test)

Omówienie

Rozpoznanie choroby, a zwłaszcza choroby przewlekłej jest traumatycznym wydarzeniem, które powoduje zmiany w dotychczasowym porządku życia jednostki [Juczyński, 2002]. Badania własne przeprowadzone wśród pacjentów z rozpoznaną postacią rzutowo-remisyjną stwardnienia rozsianego wykazały dobrą akceptację choroby u 56% chorych, umiarkowaną poziom prezentowało 35% ankietowanych, natomiast brak akceptacji swojego stanu zdrowia deklarowało 9% respondentów. W badaniu tym średnia ocena stopnia akceptacji choroby wynosiła $29,82 \pm 7,98$. Odmienne wyniki uzyskały Pejas-Grzybek i Skorupska-Król [2015] dobrą akceptację choroby stwierdzono u 18,7% chorych, umiarkowaną u 26,3%, zaś brak akceptacji u 18,7%, średni wynik był również niższy i wynosił 25,08.

Z kolei zespół Rosińczuk i in. [2017] badający pacjentów z SM leczonych lekami immunomodulującymi uzyskał średni wskaźnik akceptacji choroby na poziomie 24,83 pkt. W tej grupie 36% badanych dobrze akceptowało chorobę, 37,5% uzyskało średni poziom akceptacji, a 26% nie akceptowało schorzenia. W przeprowadzonych badaniach własnych pacjenci uzyskali wyższy stopień akceptacji choroby, który zależeć może od wielu innych czynników, które nie są bezpośrednio związane z rodzajem stosowanej farmakoterapii.

Lorencowicz i in. [2013] podejmują w badaniach problem wpływu wsparcia społecznego na funkcjonowanie chorych ze stwardnieniem rozsianym. Autorzy twierdzą, że wsparcie społeczne wpływa na poprawę funkcjonowania chorych we wszystkich wymiarach życia, zwracają także uwagę na tak istotne aspekty jak dostrzeganie wsparcia i umiejętność jego przyjmowania. Podobne wyniki uzyskał w swoich badaniach Grochans i in. [2008] dokonując oceny wsparcia społecznego wśród chorych z SM wskazuje na jego istotne znaczenie w codziennym funkcjonowaniu pacjentów. Badacze potwierdzili, że dzięki wysokiemu poziomowi wsparcia, chory jest w stanie lepiej radzić sobie z chorobą i przystosować się do życia. Wpływ znaczenia wsparcia społecznego na wiele płaszczyzn funkcjonowania człowieka dostrzega również w swoich badaniach McCabe [2006]. Przeprowadzone badania własne nie potwierdziły tych poglądów, ponieważ otrzymane przez chorych wsparcie pozostawało bez istotnego wpływu na poziom akceptacji choroby.

Badania Humańskiej i in. [2013] wykazały niską aktywność zawodową pacjentów ze stwardnieniem rozsianym, ponieważ 72,5% z nich było nieaktywnych zawodowo, co zdaniem autorów związane jest z rezygnacją z pracy z powodu zmęczenia i problemów ze swobodnym poruszaniem się. Krajewski i in. [2014] podkreślają znaczenie aktywności zawodowej jako elementu podnoszącego samoocenę i zapobiegającego izolacji społecznej. Potwierdzeniem badań zespołu Krajewskiego są wyniki badań własnych, w których wyższy stopień akceptacji choroby wykazywały osoby pracujące i uczące się.

Zespoły badawcze Baumstarc [2014], Jamroz-Wiśniewskiej [2007] i Humańskiej [2013] wskazywały na brak związku pomiędzy czasem trwania choroby, a możliwościami funkcjonalnymi pacjentów ze stwardnieniem rozsianym, uważając, że wynika to z różnorodności form klinicznych choroby i jej trudnego do przewidzenia przebiegu. Potwierdzają to badania własne w których nie wykazano związku pomiędzy stopniem akceptacji choroby, a czasem jej trwania.

Zespół Niedzielskiego [2007], który prowadził badania ustalające stopień akceptacji choroby w schorzeniach przewlekłych potwierdził, że nie rodzaj jednostki chorobowej, ale sam fakt jej wystąpienia jest zmienną kluczową w kwestii akceptacji. Ponadto ustalili, że stopień w jakim pacjent będzie w stanie zaakceptować chorobę zależy od wielu czynników takich jak: przebieg kliniczny, zasoby osobiste chorego i czynniki socjodemograficzne. Piasecka [2017], uzyskała podobne wyniki związku między wybranymi zmiennymi socjodemograficznymi a oceną jakości życia i akceptacją choroby. W przeprowadzonych badaniach własnych również zaobserwowano wpływ czynników socjodemograficznych takich jak wiek, wykształcenie i aktywność zawodowa na poziom akceptacji choroby.

Wnioski

1. Badana grupa pacjentów z postacią rzutowo-remisyjną stwardnienia rozsianego prezentuje dobry poziom akceptacji i adaptacji do choroby.
2. Czynnikiem determinującym poziom akceptacji choroby jest wykształcenie i aktywność zawodowa.
3. Poziom akceptacji choroby pozostaje w ścisłym związku z wiekiem zdiagnozowania SM.
4. Stosowane metody oddziaływań terapeutycznych pozostają w związku z poziomem akceptacji choroby.

Piśmiennictwo

1. Snarska Katarzyna, Karwowska Milena, Kapica-Topczewska Katarzyna, Drozdowski Wiesław, Bachórzewska-Gajewska 2015. Jakość życia pacjentów ze stwardnieniem rozsianym. *Problemy Pielęgniarstwa*. vol. 23, nr 3: 349-356.
2. Jabłońska Renata, Gajewska Paulina, Ślusarz Robert, Królikowska Agnieszka 2012. Ocena jakości życia chorych ze stwardnieniem rozsianym. *Problemy Pielęgniarstwa*. vol. 20, nr 4: 442-453.

3. Turner Christopher, Bahra Anish, Cikurel Katia. 2008. Stwardnienie rozsiane. [w:] Kozubski Wojciech (red.) *Neurologia*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner: 247–252.
4. Potemkowski Andrzej. 2013. Epidemiologia. [w:] Losy Jacek (red.) *Stwardnienie rozsiane*. Lublin: Czelej: 1-16.
5. Głąbiński Andrzej. 2010. Choroby demielinizacyjne. [w:] Adamkiewicz Bożena, Głąbiński Andrzej, Klimek Andrzej (red.). *Neurologia dla studentów wydziału pielęgniarstwa*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o.: 73-80.
6. Selmaj Krzysztof. 2006. *Stwardnienie rozsiane*. Poznań: Termedia
7. Maciejek Zdzisław, Wawrzyniak Sławomir. 2013. Objawy kliniczne i przebieg choroby. [w:] Losy Jacek (red.) *Stwardnienie rozsiane*. Lublin: Czelej: 59-73.
8. Opara Józef 2013. Rehabilitacja. [w:] Losy Jacek (red.) *Stwardnienie rozsiane*. Lublin: Czelej: 149-177.
9. Szczuciński Adam, Losy Jacek 2013. Immunopatogeneza. [w:] Losy Jacek (red.) *Stwardnienie rozsiane*. Lublin: Czelej: 45-57.
10. Lew-Starowicz Zbigniew 2012. Jakość życia seksualnego młodych kobiet ze stwardnieniem rozsianym. *Przegląd Seksuologiczny*. vol. 8, nr 3: 23-26.
11. Halicka Dorota, Tarasiuk Joanna, Szczepański Michał, Krajewska Agata, Kułakowska Alina 2017. Fatigue Syndrome, Depression and the Quality of Life in Patients with Multiple Sclerosis. *The journal of neurological and neurosurgicalnursing*. vol. 6, nr 2: 81-87.
12. Broła Waldemar, Sobolewski Piotr, Flaga Stanisław, Fudala Małgorzata, Potemkowski Andrzej 2017. Primary progressive multiple sclerosis in the Polish population. *Aktualności Neurologiczne*. vol. 17, nr 1: 5-14.
13. Chojnacka-Szwałowska Gabriela. 2012. *Psychologiczne aspekty przewlekłych chorób somatycznych*. Warszawa: Vizja Press & IT.
14. Pejas-Grzybek Lidia, Skorupska-Król Agnieszka 2015. The Degree of Illness Acceptance among Patients with Multiple Sclerosis. *The journal of neurological and neurosurgicalnursing*. vol. 4, nr 1: 19-23.
15. Juczyński Zygfryd. 2002. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
16. Rosińczuk Joanna, Rychła Katarzyna, Bronowicka Joanna, Kołtuniuk Aleksandra 2017. The Impact of Illness Acceptance on Quality of Life of Patients with Multiple Sclerosis – Preliminary Study. *The journal of neurological and neurosurgicalnursing*. vol. 6, nr 4: 157–162.
17. Lorencowicz Regina, Jasik Józef, Komar Emilia, Przychodzka Elżbieta 2013. Wpływ wsparcia społecznego dla jakości codziennego funkcjonowania osoby chorej na stwardnienie rozsiane. *The journal of neurological and neurosurgicalnursing*. vol. 2, nr 5: 205-215.
18. Grochans Elżbieta, Wieder-Huszla Sylwia, Jurczak Anna, Stanisławska Marzanna, Augustyniuk Katarzyna, Januzik Karolina 2008. Ocena wsparcia społecznego pacjentów ze stwardnieniem rozsianym. *Problemy Higieny i Epidemiologii*. vol. 89, nr 3:419-422.
19. McCabe Marita 2006. A longitudinal study of coping strategies and quality of life among people with multiple sclerosis. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. vol. 13, nr 4: 369-379.
20. Humańska Marzena, Śnieg Paweł, Rezmerska Leokadia, Haor Beata, Głowacka Mariola, Mirosława Felsmann, Ponczek Danuta, Kurowska Krystyna, Pluta Agnieszka, Czarnecki Damian 2013. Quality of Life and Functional Performance in Patients with Multiple Sclerosis. *The journal of neurological and neurosurgical nursing*. vol. 2, nr 5: 188-194.
21. Krajewski Stanisław, Garczyński Wojciech, Zawadka Monika, Kowalewski Mariusz, Jakimiec Renata, Emert Mirosław 2014. Aktywność zawodowa chorych na stwardnienie rozsiane. *Hygeia Public Health*. vol. 49, nr 1: 134-141.
22. Baumstrack Karine, Boucekine Mohamed, Boyer Laurent, Aghababian Valérie, Parola Nathalie, Reuter Françoise, Loundou Anderson, Lançon Christophe, Pelletier Jean, Auquier Pascal 2014. Quantification of relevance of quality of life assessment for patients with cognitive impairment: the suitability indices. *BMC Neurology*. vol. 14: 78.

23. Jamroz-Wiśniewska Anna, Papuć Ewa, Bartosik-Psujek Halina, Belniak Ewa, Mitosek-Szewczyk Krystyna, Stelmasiak Zbigniew 2007. Validation of selected aspects of psychometry of the Polish version of the Multiple Sclerosis Impact Scale 29 (MSIS-29). *Neurologia i Neurochirurgia Polska*. vol. 41, nr 3: 215-222.
24. Niedzielski Andrzej, Humeniuk Ewa, Błaziak Piotr 2007. Stopień akceptacji choroby w wybranych chorobach przewlekłych. *Wiad Lek.* vol. 60, nr 5-6: 224-227.
25. Piasecka Martyna Anna 2017. Cechy demograficzne chorych na stwardnienie rozsiane a poziom akceptacji choroby wg skali AIS. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej*. nr 4: 1-13.