

FRAŚ, Małgorzata, PLATEK, Kinga, SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, Mária and BĄK, Ewelina. Acceptance of the disease by patients with heart failure. *Journal of Education, Health and Sport*. 2024;64:53815. eISSN 2391-8306.
<https://dx.doi.org/10.12775/JEHS.2024.64.53815>
<https://apcz.umk.pl/JEHS/article/view/53815>

The journal has had 40 points in Minister of Science and Higher Education of Poland parametric evaluation. Annex to the announcement of the Minister of Education and Science of 05.01.2024 No. 32318. Has a Journal's Unique Identifier: 201159. Scientific disciplines assigned: Physical culture sciences (Field of medical and health sciences); Health Sciences (Field of medical and health sciences).

Punkty Ministerialne 40 punktów. Załącznik do komunikatu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 05.01.2024 Lp. 32318. Posiada Unikatowy Identyfikator Czasopisma: 201159. Przypisane dyscypliny naukowe: Nauki o kulturze fizycznej (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu); Nauki o zdrowiu (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu).© The Authors 2024;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Nicolaus Copernicus University in Torun, Poland Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author (s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non commercial license Share alike.

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 25.04.2024. Revised: 10.05.2024. Accepted: 17.07.2024. Published: 25.07.2024.

Akceptacja choroby przez pacjentów z niewydolnością serca **Acceptance of the disease by patients with heart failure**

Małgorzata Fraś A

Email mfras@ubb.edu.pl

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9869-6138>

Affiliation: University of Bielsko-Biala, Bielsko-Biala, Poland; Faculty of Health Sciences

Kinga Płatek

E-mail address:

ORCID ID

Affiliation: Student of the University of Bielsko-Biała, Bielsko-Biała. Poland; Faculty of Health Sciences

Mária Sováriová Soósová

e-mail: maria.sovariova.soosova@upjs.sk

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-5000-821X>

Associate Professor, Deputy Head for Education of Department of Nursing Care, Registered Nurse Pavol Jozef Šafárik University in Košice, Faculty of Medicine, Department of Nursing Care Trieda SNP 1, 040 11 Košice Slovakia

Ewelina Bąk

E-mail address: ebak@ubb.edu.pl

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2014-3717>

Affiliation: University of Bielsko-Biala, Bielsko-Biala, Poland; Faculty of Health Sciences

Streszczenie

Wstęp:

W obecnych czasach niewydolność serca jest jednym z najpoważniejszych problemów zdrowotnych. W Polsce zмага się z nią około miliona osób. Przyczyną tego zjawiska jest kilka trendów demograficznych oraz epidemiologicznych m.in. poprawa systemu opieki zdrowotnej oraz starzenie się populacji. Choroby sercowo-naczyniowe stanowią ogromne wyzwanie dla systemu opieki zdrowotnej, ponieważ są uznawane za główną przyczynę zgonów w Polsce. Podstawowe założenie leczenia choroby obejmuje poprawę jakości życia. W przystosowaniu się do życia z chorobą oraz w radzeniu sobie z negatywnymi emocjami największe znaczenie ma akceptacja choroby.

Cel pracy: Celem pracy była ocena akceptacji choroby u pacjentów z niewydolnością serca, objętych medyczną opieką ambulatoryjną.

Materiał i metody:

Badania przeprowadzono na grupie 100 pacjentów z NZOZ „Vita”. Do realizacji badań użyto Autorskiego kwestionariusza ankiety oraz Kwestionariusza Standaryzowanego: AIS i LOT-R, na których wykorzystanie w pracy uzyskano stosowne zgody.

Wyniki badań

W badanej grupie poziom akceptacji choroby według AIS u chorych z niewydolnością serca, leczonych ambulatoryjnie, kształtował się na średnim i wysokim poziomie (48%; n=48 vs 48%; n=48). Wśród ankietowanych największą grupę (46%; n=46) stanowiły osoby o przeciętnym poziomie optymizmu według LOT-R. U osób z niewydolnością serca, najczęstszymi chorobami współistniejącymi była: cukrzyca, nadciśnienie tętnicze oraz astma oskrzelowa. Choroby dodatkowe nie wpłynęły istotnie statystycznie na akceptację choroby wśród badanych chorych ($p>0,05$). Znaczenie religii, jak również rozwój duchowy w życiu ankietowanych nie wpłynęły na ich akceptację choroby ($p>0,05$). Respondenci z optymistycznym nastawieniem częściej reprezentowali wyższy poziom akceptacji choroby według AIS, niż osoby z pesymistycznym nastawieniem ($p=0,005$).

Wnioski Akceptacja choroby to końcowy etap przystosowania się do choroby, przejawia się uznaniem ograniczeń i strat, które wynikają z występowania danej jednostki chorobowej. Zatem akceptacja choroby niesie za sobą bardzo wiele korzyści, które ostatecznie poprawiają przebieg choroby oraz dalsze rokowania.

Słowa kluczowe: akceptacja choroby, niewydolność serca, orientacja życiowa

Abstract

Introduction

Nowadays, heart failure is one of the most serious health problems. In Poland, about a million people struggle with it. This is due to several demographic and epidemiological trends, m.in. the improvement of the health care system and the aging of the population. Cardiovascular diseases are a huge challenge for the healthcare system, as they are considered the main cause of death in Poland. The basic assumption of the treatment of the disease includes the improvement of the quality of life.

Aim of the study: The aim of the study was to assess acceptance of the disease in patients with heart failure receiving outpatient medical care.

Material and methods:

The research was carried out on a group of 100 patients from NZOZ "Vita". To carry out the research, the author's questionnaire and the Standardized Questionnaire: AIS and LOT-R were used, and appropriate consents were obtained for their use in the work.

Results In the study group, the level of disease acceptance according to the AIS in patients with heart failure treated on an outpatient basis was medium and high (48%; n=48 vs. 48%; n=48). Among the respondents, the largest group (46%; n=46) were people with an average level of optimism according to LOT-R. In people with heart failure, the most common comorbidities were diabetes, hypertension and bronchial asthma. Additional diseases did not have a statistically significant impact on the acceptance of the disease among the examined patients ($p>0.05$). The importance of religion as well as spiritual development in the respondents' lives did not influence their acceptance of the disease ($p>0.05$). Respondents with an optimistic attitude more often represented a higher level of acceptance of the disease according to the AIS than those with a pessimistic attitude ($p=0.005$).

Conclusions Acceptance of the disease is the final stage of adaptation to the disease, it manifests itself in the recognition of limitations and losses that result from the occurrence of a given disease entity. Therefore, accepting the disease brings many benefits that ultimately improve the course of the disease and further prognosis.

Keywords: acceptance of illness, heart failure, life orientation

Wstęp

Serce to mięsień pompujący krew do całego organizmu, niewydolne serce nie jest w stanie prawidłowo pracować, więc nie potrafi dostarczać właściwej ilości krwi do różnych narządów w organizmie. Niestety z każdym rokiem coraz większa liczba osób zmagają się z niewydolnością serca. Jednak rozwój medycyny prowadzi do poprawy opieki nad chorymi z niewydolnością serca, zwiększa się zatem skuteczność leczenia, jak również wydłuża się życie pacjentów zmagających się z chorobą [1]. Niewydolność serca w obecnych czasach to jeden z najważniejszych problemów zdrowotnych. W krajach rozwiniętych skala choroby zaczyna przybierać rozmiary epidemii. Problem niewydolności serca dotyczy około 23 milionów osób na świecie, w tym szacuje się około 6,5-10 mln Europejczyków. W Polsce z chorobą zmagają się około miliona osób, niestety liczba ta cały czas rośnie. Ryzyko zachorowania na niewydolność serca podczas całego życia dla osoby będącej w wieku 40 lat wynosi około 20%. Według danych ocenia się, że w przeciągu najbliższych 20 lat liczba osób chorujących na niewydolność serca w Polsce zwiększy się o 250 tysięcy osób. Z kolei dane z badań epidemiologicznych pokazują, że liczba hospitalizacji z powodu niewydolności serca wzrosła na przestrzeni ostatnich 30 lat aż 3-krotnie i w dalszym ciągu wykazuje tendencję wzrostową. Za przyczynę można uznać kilka trendów demograficznych i epidemiologicznych, przede wszystkim: starzenie się populacji, poprawa systemu opieki medycznej, zmniejszenie śmiertelności na skutek choroby wieńcowej i nadciśnienia tętniczego oraz zwiększona dostępność do skutecznych metod prewencji nagłej śmierci sercowej [2,3]. Choroby sercowo-naczyniowe są poważnym wyzwaniem dla systemu opieki zdrowotnej, ponieważ stanowią główną przyczynę wszystkich zgonów w Polsce. Ostatnie dane Głównego Urzędu Statystycznego oraz Ministerstwa Zdrowia w 2021 roku podają, że na pierwszym miejscu wśród wszystkich zgonów z przyczyn sercowo-naczyniowych znalazła się niewydolność serca. Zatem choroba ta stwarza bardzo istotny problem zdrowotny, ponieważ wiąże się z wysoką chorobowością, znaczną liczbą hospitalizacji, jak również jest obciążona wysoką śmiertelnością wśród Polaków [4]. Człowiek to istota złożona i niepodzielna. Filozoficzna analiza egzystencjalnej tożsamości każdego człowieka pozwala trochę z innej perspektywy dostrzegać problemy mogące wiązać się z upośledzeniem zdrowia, które nie sprowadza się wyłącznie do sprawności tkanek, narządów, bądź układów, ale jest to stan dynamicznej

równowagi wielu systemów, obejmują one tak biologiczne, jak również psychiczne i społeczne poziomy funkcjonowania jednostki. W ten sposób każda choroba wpływa zarówno na stan psychiczny, fizyczny a także na funkcjonowanie człowieka, co często wpływa na trwałą zmianę dotychczasowego trybu życia. Sama w sobie choroba może być postrzegana przez inne osoby na różne sposoby m.in.: jako trudność, którą trzeba pokonać, jako strata albo jako ulga lub w niektórych przypadkach nawet może być postrzegana jako korzyść. Dlatego w zależności od sposobu postrzegania choroby, pacjent przyjmuje odpowiednią postawę wobec leczenia. Stąd wyznacznikiem sposobu funkcjonowania, przystosowania i czynnikiem prognostycznym jakości życia chorego zmagającego się z danym schorzeniem jest stopień akceptacji choroby, czyli stopień jej uznania, potwierdzenia [5]. Brak akceptacji choroby wywołuje ogromne poczucie dyskomfortu psychicznego oraz pogarsza zdolności przystosowawcze, jednak z drugiej strony, im większa akceptacja danej choroby, tym mniejsze jest nasilenie negatywnych emocji i reakcji związanych ze schorzeniem, całościowo prowadzonym leczeniem oraz sprawowaną opieką. Oprócz tego akceptacja choroby może stanowić ważny element aktywizujący pacjenta. Dlatego ocena stopnia akceptacji danego schorzenia ma istotne znaczenie w holistycznej terapii wielu schorzeń a szczególnie tych, które mają charakter przewlekły [5].

Cel pracy głównym celem pracy była ocena akceptacji choroby u pacjentów z niewydolnością serca, objętych medyczną opieką ambulatoryjną.

Material i metody

Teren badań i grupa badana

Badania przeprowadzono wśród pacjentów w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „Vita” w Pietrzykowicach w okresie od stycznia do lutego 2024 roku. Zanim przystąpiono do prowadzenia badań, najpierw uzyskano pisemną zgodę od Właścicieli Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „Vita”. Natomiast na wykorzystanie kwestionariuszy otrzymano zgodę od Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego w Warszawie. Przed rozpoczęciem badań, osobom ankietowanym przedstawiono cel badań a także poinformowano ich o dobrowolnym uczestnictwie w badaniach oraz o całkowitej anonimowości. Osoby te miały również możliwość rezygnacji z uczestnictwa w badaniach na każdym etapie. Respondenci otrzymali dodatkowe informacje dotyczące zasad wypełniania kwestionariusza ankiety. Wszyscy pacjenci zmagający się z niewydolnością serca, wyrazili zgodę na udział w badaniach. Kryterium włączenia danej osoby do grupy badanej to: pacjenci z diagnozą niewydolności serca oraz osoby będące pod opieką NZOZ „Vita”. Natomiast kryterium wykluczenia z grupy badanej to: pacjenci bez diagnozy niewydolności serca oraz osoby, które nie znajdują się pod opieką danej placówki specjalistycznej. Badania zostały przeprowadzone wśród grupy liczącej 100 osób.

Metody i narzędzia badawcze

W badaniach wykorzystano metody sondażu diagnostycznego, użyto standaryzowanych narzędzi badawczych, jak również wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety. Autorski kwestionariusz ankiety składał się z 28 pytań. Część pierwsza odnosiła się do danych socjodemograficznych takich jak: płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, aktywność zawodowa, stan cywilny oraz z kim mieszka badana osoba. Druga część ankiety dotyczyła utrudnień w codziennym funkcjonowaniu, czasu trwania choroby, objawów niewydolności serca oraz chorób współistniejących. W dalszej części ankiety umieszczono pytania odnoszące się do aktywności fizycznej, czasu poświęcanego na odpoczynek, nawyków żywieniowych, działania czynników szkodliwych i czynników ryzyka zachorowania. Ostatnia część ankiety obejmowała zagadnienia dotyczące funkcjonowania z chorobą w codziennym życiu.

Drugim zastosowanym narzędziem do badań była Skala Akceptacji Choroby (*AIS-Acceptance of Illness Scale*), adaptacja: Zygfryd Juczyński. Ankieta ta pozwoliła na określenie stopnia akceptacji choroby wśród ankietowanych osób, czyli przystosowania i redukcji dyskomfortu psychicznego na skutek choroby. Skala AIS zbudowana była z 8 pytań, tak więc zawierała 8 stwierdzeń, które opisywały konsekwencje złego stanu zdrowia. Skala ta została przeznaczona dla dorosłych osób, które aktualnie chorowały, celem oceny prezentowanego stopnia akceptacji choroby. Pacjent udzielał odpowiedzi na każde z pytań, zaznaczając konkretną wartość na skali od 1 do 5, gdzie 1 oznaczało „zdecydowanie zgadzam się” a 5 oznaczało „zdecydowanie nie zgadzam się”. Zatem liczba punktów możliwych do uzyskania w skali AIS mieściła się w przedziale między 8 a 40 punktów. Jednak należy zaznaczyć, że im wyższą wartość punktów uzyskała dana osoba, tym większy poziom akceptacji choroby obserwowano u tego konkretnego badanego. Uzyskanie całkowitego wyniku mieszczącego się w przedziale od 8 do 18 punktów oznaczało niski poziom, tym samym brak akceptacji i przystosowania się do choroby, a także silne poczucie dyskomfortu psychicznego. Z kolei otrzymanie od 19 do 29 punktów stanowiło poziom średni, natomiast uzyskanie od 30 do 40 punktów oznaczało wysoki poziom akceptacji choroby u badanego pacjenta, wraz z brakiem negatywnych emocji w związku z chorobą. Czas badania wśród ankietowanych wyniósł około 5 minut.

Ostatnim zastosowanym narzędziem badawczym był Test Orientacji Życiowej (Skala LOT-R), adaptacja: Ryszard Poprawa i Zygfryd Juczyński przeznaczony dla osób chorych. Skalę wykorzystywano do pomiaru dyspozycyjnego optymizmu, wyrażającego zgeneralizowane oczekiwania pozytywnych zdarzeń. Skala LOT-R składała się z 10 twierdzeń, dokładniej 6 z nich posiadało znaczenie diagnostyczne dla dyspozycyjnego optymizmu (3 zostały sformułowane pozytywnie, z kolei 3 negatywnie), natomiast pozostałe 4 służyły jako pozycje buforowe. Ankietowani udzielali odpowiedzi na każde z pytań, wpisując w pusty kwadrat odpowiednią cyfrę od 0 do 4, oceniając w ten sposób w jakim stopniu podane stwierdzenia odnosiły się do ich konkretnego przypadku w kontekście choroby, z którą obecnie się zmagali. Zatem 0 oznaczało „zdecydowanie nie odnosi się do mnie”, następnie 1 to stwierdzenie „raczej nie odnosi się do mnie”, dalej 2 oznaczało „ani się odnosi ani się nie odnosi”, z kolei 3 znaczyło „raczej odnosi się do mnie” oraz na końcu 4 oznaczało stwierdzenie „zdecydowanie odnosi się do mnie”. Udzielenie odpowiedzi na wszystkie twierdzenia zajmowało ankietowanym od 2 do 5 minut. Ogólny wynik testu był sumą oceny sześciu stwierdzeń, w tym trzech pozytywnych (pytania nr: 1,4,10) oraz trzech negatywnych (pytania nr: 3,7,9) tym ostatnim przed dodaniem wyników, należało zmienić oceny. Ogólny wynik mieścił się w granicach od 0 do 24 punktów. Im wyższy był wynik, tym wyższy poziom optymizmu.

Wynik surowy przeliczało się na jednostki standaryzowane w skali stenowej, co umożliwiała ocenę natężenia dyspozycyjnego optymizmu. Wynik 1-4 stena traktowano jako niski, w tym przypadku wskazując na skłonność do pesymizmu, wynik w granicach 5-6 stena oznaczał

przeciętne nastawienie. Natomiast wyniki w granicach 7-10 stena wskazywały nastawienie optymistyczne.

Analiza statystyczna

Zebrany materiał na bieżąco wprowadzono do specjalnie opracowanej na potrzebę badań bazy danych programu Excel. Wszystkie obliczenia wykonano za pomocą pakietu statystycznego SPSS Statistics 28,0. Wyniki badań poddano analizie opisowej oraz statystycznej.

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej testem Chi-Kwadrat (χ^2) dla prób niezależnych. Przyjęto 5% ryzyka błędu wnioskowania. Za statystycznie istotą uznano wartość prawdopodobieństwa $p < 0,05$.

Wyniki badań

W przeprowadzonym badaniu wzięło udział 100 osób, z czego większość 54% (n=54) stanowiły kobiety, natomiast grupę mężczyzn reprezentowało 46% (n=46) uczestników. W tabeli I znajdującej się poniżej, szczegółowo przedstawiono charakterystykę badanej grupy

Tabela I. Charakterystyka badanej grupy

Zmienna	n	%
Płeć		
Kobieta	54	54
Mężczyzna	46	46
Ogółem	100	100
Wiek	n	%
Poniżej 45 lat	17	17
46 – 55 lat	17	17
56 – 65 lat	31	31
66 – 75 lat	20	20
Powyżej 75 lat	15	15
Ogółem	100	100
Wykształcenie	n	%
Podstawowe	7	7
Zawodowe	35	35
Średnie	36	36
Wyższe	22	22
Ogółem	100	100
Miejsce zamieszkania	n	%

Zmienna	n	%
Aktywność zawodowa		
Pracuję zawodowo	52	52
Jestem bezrobotny/a	5	5
Jestem na rencie	4	4
Jestem na emeryturze	38	38
Inne/urlop wychowawczy	1	1
Ogółem	100	100
Stan cywilny	n	%
Panna/Kawaler	15	15
Zamężna/Żonaty	68	68
Rozwiedziona/Rozwiedziony	3	3
Wdowa/Wdowiec	14	14
Ogółem	100	100
Status mieszkalny	n	%
Mieszkam z rodziną	85	85
Mieszkam sam/a	15	15
Ogółem	100	100

Wieś	63	63
Miasto	37	37
Ogółem	100	100

Legenda: n- liczebność grupy, %- procent

Informacje dotyczące choroby podstawowej i występowania chorób współistniejących przedstawia tabela II.

Tabela II. Choroba podstawowa i występowanie chorób współistniejących

Zmienna	n	%	
Czas trwania choroby podstawowej	Krócej niż rok	27	27
	1 – 5 lat	45	45
	6 – 10 lat	13	13
	Dłużej niż 10 lat	15	15
	Ogółem	100	100
Aktualnie występujące objawy choroby*	Osłabienie	51	51
	Łatwe męczenie się	65	65
	Duszność	37	37
	Obrzęki	21	21
	Kaszel	22	22
	Zawroty głowy	29	29
	Inne	0	0
Występowanie dodatkowych chorób w badanej grupie osób*	Nie	46	46
	Cukrzyca	23	23
	Zakrzepica kończyn dolnych	1	1
	Dna moczanowa	2	2
	Nadciśnienie tętnicze	14	14
	Miażdżyca	4	4
	Wodonercze	1	1
	Astma oskrzelowa	6	6
	Choroby nerek	2	2
	Borelioza	1	1
	Guzki na tarczycy	1	1
	Niedoczynność tarczycy	1	1
	Niewydolność nerek	1	1
	Przerost gruczołu krokowego	1	1
	Reumatoidalne zapalenie stawów	4	4
	Ból kręgosłupa	1	1
	Zaćma	2	2
	Zapalenie rogówki	1	1

	Zatorowość płucna	1	1
	Dyskopatie	1	1

Legenda: n- liczebność grupy, %- procent, *- nie wszystkie odpowiedzi zliczają się do 100% z uwagi na pytanie wielokrotnego wyboru

Informacje dotyczące codziennego funkcjonowania przedstawia tabela III.

Tabela III. Codzienne funkcjonowanie osób badanych

Zmienna		n	%
Wpływ problemów zdrowotnych na codzienne funkcjonowanie	Tak	40	40
	Nie	60	60
	Ogółem	100	100
Samooceńca aktualnej sprawności fizycznej	Bardzo dobra	6	6
	Dobra	29	29
	Średnia	50	50
	Zła	15	15
	Ogółem	100	100
Pomoc innych osób w wykonywaniu czynności dnia codziennego	Nie	66	66
	Rodzina	32	32
	Opiekunka	1	1
	Sąsiad	1	1
	Ogółem	100	100

Legenda: n- liczebność grupy, %- procent

Deklarowane zachowania zdrowotne w badanej grupie przedstawia tabela IV.

Tabela IV. Deklarowane zachowania zdrowotne w badanej grupie

Zmienna		n	%
Częstość podejmowania aktywności fizycznej	Codziennie	18	18
	2 – 3 razy w tygodniu	12	12
	Raz w tygodniu	36	36
	Raz na dwa tygodnie	12	12
	Raz w miesiącu	9	9
	Rzadziej niż raz w miesiącu	13	13
	Ogółem	100	100
Rodzaj podejmowanej aktywności fizycznej*	Spacer	80	80
	Jazda na rowerze	21	21
	Bieganie	2	2
	Pływanie	13	13
	Wycieczki górskie	12	12
	Aerobik	8	8

	Jazda na nartach	6	6
	Inne	6	6
Czas poświęcony na odpoczynek nocny	Śpię dłużej niż 10 godzin	8	8
	Śpię od 8 – 10 godzin	23	23
	Śpię od 6 – 8 godzin	52	52
	Śpię krócej niż 6 godzin	17	17
	Ogółem	100	100
Częstość spożywania warzyw	Do każdego posiłku	13	13
	Raz dziennie	28	28
	Kilka razy w tygodniu	44	44
	Raz w tygodniu	13	13
	Rzadziej niż raz w tygodniu	2	2
	Ogółem	100	100
Częstość spożywania produktów z wysoką zawartością soli	Jem codziennie	6	6
	Jem kilka razy w tygodniu	12	12
	Jem raz w tygodniu	22	22
	Jem rzadziej niż raz w tygodniu	53	53
	Nie jem	5	5
	Raz w miesiącu	2	2
	Ogółem	100	100
Narażenie na czynniki szkodliwe w związku z pracą zawodową*	Nie	74	74
	Stres	20	20
	Długi czas pracy/ciężka praca	3	3
	Wysiłek fizyczny	3	3
	Środki/substancje chemiczne	3	3
	Warunki szkodliwe w pracy	1	1

Legenda: n- liczebność grupy, %- procent, *- nie wszystkie odpowiedzi zliczają się do 100% z uwagi na pytanie wielokrotnego wyboru

Obecność czynników ryzyka choroby niewydolności serca w codziennym funkcjonowaniu badanej grupy przedstawia tabela V.

Tabela V. Obecność czynników ryzyka choroby niewydolności serca w codziennym funkcjonowaniu badanej grupy

Zmienna	n	%	
Zachowania zmienione po zdiagnozowaniu niewydolności serca*	Zmiana nawyków żywieniowych	44	44
	Zwiększenie aktywności fizycznej	22	22
	Regularne badania profilaktyczne	43	43

	Regularne wizyty u lekarza specjalisty	38	38
	Unikanie nadmiernego stresu	33	33
	Zwiększenie ilości odpoczynku	25	25
	Ograniczenie palenia papierosów	18	18
	Ograniczenie spożywania alkoholu	12	12
	Ograniczenie spożywania napojów energetycznych	6	6
	Inne	0	0
Czynniki ryzyka serca obecne przed zachorowaniem na niewydolność serca*	Podwyższone ciśnienie krwi	78	78
	Hipercholesterolemia	25	25
	Cukrzyca	17	17
	Otyłość	31	31
	Alkohol	3	3
	Papierosy	8	8
	Energetyki	1	1

Legenda: n- liczebność grupy, %- procent, *- nie wszystkie odpowiedzi zliczają się do 100% z uwagi na pytanie wielokrotnego wyboru

Spośród badanej grupy osób, większość z nich tj. 85% (n=85) potrafiło cieszyć się życiem na obecnym etapie choroby, podczas gdy 15% (n=15) ankietowanych przyznało, że nie jest w stanie cieszyć się życiem z powodu choroby (Tabela VI).

Tabela VI. Wpływ choroby na samopoczucie badanej grupy

Zmienna		n	%
Wpływ stanu zdrowia na samopoczucie	Tak	63	63
	Nie	37	37
	Ogółem	100	100
Odczucie wykluczenia społecznego z powodu choroby	Tak	9	9
	Nie	91	91
	Ogółem	100	100
Wpływ choroby niewydolności serca na zaprzestanie rozwoju zainteresowań/hobby	Tak	1	1
	Nie	85	85
	Brak siły	5	5
	Męczenie się	4	4
	Ograniczenie aktywności	5	5

	Ogółem	100	100
Zadowolenie z życia na obecnym etapie choroby	Tak	85	85
	Nie	15	15
	Ogółem	100	100

Legenda: n- liczebność grupy, %- procent

Ankietowani w 75% (n=75) uważali, że stosowanie praktyk religijnych pomagało im w zaakceptowaniu choroby z którą się zmagają, natomiast 25% (n=25) badanych było przeciwnego zdania i uważali, że praktyki religijne nie miały wpływu na pomoc w zaakceptowaniu choroby niewydolności serca (Tabela VII).

Tabela VII. Praktyki religijne jako pomoc w zaakceptowaniu choroby

Zmienna		n	%
Stosowanie praktyk religijnych jako pomoc w zaakceptowaniu choroby	Tak	75	75
	Nie	25	25
	Ogółem	100	100

Legenda: n- liczebność grupy, %- procent

Sposoby radzenia sobie w sytuacji zaostrzenia choroby podstawowej przedstawia tabela VIII.

Tabela VIII. Sposoby radzenia sobie w sytuacji zaostrzenia choroby podstawowej

Zmienna		n	%
Sposoby radzenia sobie w sytuacji zaostrzenia choroby niewydolności serca	Nie radzę sobie	40	40
	Badania kontrolne, wizyta u lekarza	24	24
	Zażywam leki	9	9
	Kontroluję ciśnienie tętnicze	1	1
	Idę na spacer	2	2
	Stosuję techniki relaksacyjne na przykład: głębokie oddechy, myślę pozytywnie, zmiana trybu życia	5	5
	Odpoczywam	12	12
	Unikam stresu	6	6
	W razie potrzeby liczą na pomoc na przykład: żony	1	1
	Ogółem	100	100

Legenda: n- liczebność grupy, %- procent

Na podstawie danych zebranych przy użyciu skali AIS wykazano, że 48% (n=48) respondentów uzyskało wysoki poziom akceptacji choroby, podczas gdy u kolejnych 48% (n=48) ankietowanych odnotowano średni poziom akceptacji choroby, co stanowiło łącznie 96% (n=96). Tylko 4% (n=4) badanej grupy wykazało niski poziom akceptacji choroby według kwestionariusz AIS (Tabela IX).

Tabela IX. Subiektywna ocena akceptacji choroby a wyniki w skali AIS

Zmienna		n	%
Akceptowanie choroby w chwili obecnej	Tak	78	78
	Nie	22	22
	Ogółem	100	100
Wskaźnik wg AIS	Niski (8-18 pkt)	4	4
	Średni (19-29 pkt)	48	48
	Wysoki (30-40 pkt)	48	48
	Ogółem	100	100

Legenda: n- liczebność grupy, %- procent, AIS- Skala Akceptacji Choroby

Analiza danych zebranych za pomocą kwestionariusza LOT-R wykazała, że 30% (n=30) ankietowanych pacjentów miało optymistyczne nastawienie, podczas gdy 46% (n=46) osób wykazało przeciętny poziom optymizmu. Z kolei skłonność do pesymizmu odnotowano u 24% (n=24) ankietowanych (Tabela X).

Tabela X. Poziom optymizmu według skali LOT-R

Zmienna		n	%
LOT-R	Nastawienie optymistyczne	30	30
	Przeciętny poziom optymizmu	46	46
	Skłonność do pesymizmu	24	24
	Ogółem	100	100

Legenda: n- liczebność grupy, %- procent, LOT-R- Test Orientacji Życiowej

Analiza statystyczna nie potwierdziła istotnej zależności pomiędzy zmiennymi, można więc stwierdzić, że występowanie dodatkowych chorób nie miało wpływu na poziom AIS w badanej grupie pacjentów (Tabela XI).

Tabela XI. Choroby dodatkowe a poziom akceptacji choroby Chi- kwadrat Pearsona

Zmienna			Wskaźnik wg AIS			Ogółem	χ^2	p
			NISKI (8-18 pkt)	ŚREDNI (19-29 pkt)	WYSOKI (30-40 pkt)			
Występowanie dodatkowych chorób	Tak	n	2	27	25	54	0,195	0,907
		%	3,7	50,0	46,3	100,0		

w badanej grupie	Nie	n	2	21	23	46		
		%	4,3	45,7	50,0	100,0		
Ogółem		n	4	48	48	100		
		%	4,0	48,0	48,0	100,0		

Legenda: n- liczba obserwacji, %- procent, p- poziom istotności statystycznej, χ^2 - wynik testu Chi-kwadrat, AIS- Skala Akceptacji Choroby

Analizie poddano subiektywną ocenę występujących utrudnień w codziennym funkcjonowaniu ankietowanych oraz poziom ich akceptacji choroby według AIS. Analiza statystyczna wyników badań wykazała, że deklarowane utrudnienia w codziennym funkcjonowaniu z chorobą nie wpływały istotnie na poziom akceptacji choroby według AIS ($p=0,478$). Tabela XII.

Tabela XII. Problemy zdrowotne a codzienne funkcjonowanie badanych

Zmienna			Wskaźnik wg AIS			Ogółem	χ^2	p
			NISKI (8-18 pkt)	ŚREDNI (19-29 pkt)	WYSOKI (30-40 pkt)			
Utrudnienia na skutek problemów zdrowotnych w codziennym funkcjonowaniu	Tak	n	1	22	17	40	1,47	0,478
		%	2,5	55,0	42,5	100,0		
	Nie	n	3	26	31	60		
		%	5,0	43,3	51,7	100,0		
Ogółem		n	4	48	48	100		
		%	4,0	48,0	48,0	100,0		

Legenda: n- liczba obserwacji, %- procent, p- poziom istotności statystycznej, χ^2 - wynik testu Chi-kwadrat, AIS- Skala Akceptacji Choroby

Kolejna analiza dotyczyła subiektywnej oceny wpływu obecnego stanu zdrowia ankietowanych na ich samopoczucie w zależności od poziomu akceptacji choroby wg AIS. Analiza statystyczna wyników badań wykazała, że samopoczucie osób badanych oceniane na podstawie choroby podstawowej nie miało istotnego statystycznie wpływu na wskaźnik akceptacji choroby wg AIS ($p=0,393$).

Odsetek osób, które zgłosiły, że ich obecny stan zdrowia wpływał na ich samopoczucie był największy w zakresie średniego i wysokiego wskaźnika uzyskanego wg AIS i wynosił 52,4% ($n=33$) oraz 42,9% ($n=27$) (Tabela XIII).

Tabela XIII. Wpływ obecnego stanu zdrowia a samopoczucie ankietowanych

Zmienna			Wskaźnik wg AIS			Ogółem	χ^2	p
			NISKI (8-18 pkt)	ŚREDNI (19-29 pkt)	WYSOKI (30-40 pkt)			

Obecny stan zdrowia wpływający na samopoczucie	Tak	n	3	33	27	63	1,86	0,393
		%	4,8	52,4	42,9	100,0		
	Nie	n	1	12	21	37		
		%	2,7	40,5	56,8	100,0		
Ogółem	n	4	48	48	100			
	%	4,0	48,0	48,0	100,0			

Legenda: n- liczba obserwacji, %- procent, p- poziom istotności statystycznej, χ^2 - wynik testu Chi-kwadrat, AIS- Skala Akceptacji Choroby

W dalszej kolejności analizie poddano zmiany w zachowaniach zdrowotnych ankietowanych po uzyskaniu diagnozy niewydolności serca w odniesieniu do ich akceptacji choroby. Zmiana wymienionych przez ankietowanych zachowań takich jak: zmiana nawyków żywieniowych, zwiększenie aktywności fizycznej, regularne badania profilaktyczne, regularne wizyty u lekarza specjalisty, unikanie nadmiernego stresu oraz ograniczenie spożywania alkoholu, nie wpływały istotnie na poziom ich akceptacji choroby według AIS ($p > 0,05$) (Tabela XIV).

Tabela XIV. Styl życia a poziom akceptacji choroby w badanej grupie

Zmienna			Wskaźnik wg AIS			χ^2	p
			NISKI (8-18 pkt)	ŚREDNI (19-29 pkt)	WYSOKI (30-40 pkt)		
Zmiana zachowań związanych ze stylem życia po uzyskaniu diagnozy	Zmiana nawyków żywieniowych	n	1	18	25	3,302	0,816
		%	2,3	40,9	56,8		
	Zwiększenie aktywności fizycznej	n	1	7	14	4,140	0,550
		%	4,5	31,8	63,6		
	Regularne badania profilaktyczne	n	1	20	22	1,997	0,434
		%	2,3	46,5	51,2		
	Regularne wizyty u lekarza specjalisty	n	2	19	17	3,822	0,110
		%	5,3	50,0	44,7		
	Unikanie nadmiernego stresu	n	2	15	16	4,444	0,446
		%	6,1	45,5	48,5		
	Zwiększenie ilości odpoczynku	n	0	12	13	2,006	0,295
		%	0,0	48,0	52,0		
Ograniczenie	n	0	8	10	1,765	0,163	

	palenia papierosów	%	0,0	44,4	55,6		
	Ograniczenie spożywania alkoholu	n	0	5	7	3,979	0,684
		%	0,0	41,7	58,7		
	Ograniczenie spożywania napojów energetycznych	n	0	1	5	3,874	0,872
		%	0,0	16,7	83,3		

Legenda: n- liczba obserwacji, %- procent, p- poziom istotności statystycznej, χ^2 - wynik testu Chi-kwadrat, AIS- Skala Akceptacji Choroby

W grupach o średnim i wysokim poziomie akceptacji choroby wg AIS odsetek osób, które uważały, że stosowanie praktyk religijnych pomogło im w zaakceptowaniu choroby oraz tych, które sądziły, że modlenie się im nie pomogło był podobny. Jednak analiza wyników badań wykazała, że stosowanie przez ankietowanych praktyk religijnych w celu zaakceptowania choroby nie miało istotnego statystycznie wpływu na uzyskany przez nich wskaźnik akceptacji choroby wg AIS ($p=0,999$) (Tabela XV).

Tabela XV. Wpływ stosowania praktyk religijnych a wyniki w skali AIS

Zmienna			Wskaźnik wg AIS			Ogółem	χ^2	p
			NISKI (8-18 pkt)	ŚREDNI (19-29 pkt)	WYSOKI (30-40 pkt)			
Stosowanie praktyk religijnych pomocne w zaakceptowaniu choroby	Tak	n	3	36	36	75	0,001	0,999
		%	4,0	48,0	48,0	100,0		
	Nie	n	1	12	12	25		
		%	4,0	48,0	48,0	100,0		
Ogółem	n	4	48	48	100			
	%	4,0	48,0	48,0	100,0			

Legenda: n- liczba obserwacji, %- procent, p- poziom istotności statystycznej, χ^2 - wynik testu Chi-kwadrat, AIS- Skala Akceptacji Choroby

Nastawienie optymistyczne wg LOT-R wykazywało 30 ankietowanych (100%) i w tej grupie najwięcej osób – 66,7% ($n=20$) reprezentowało wysoki wskaźnik akceptacji choroby wg AIS a pozostałe 33,3% ($n=10$) średni wskaźnik wg AIS. Największą grupę badanych stanowili pacjenci u których odnotowano przeciętny poziom optymizmu wg LOT-R– 46 badanych (100%), a wśród nich największy odsetek stanowiły osoby z wysokim i średnim wskaźnikiem akceptacji choroby wg AIS.

Analiza statystyczna wyników badań potwierdziła, że osoby z optymistycznym nastawieniem według LOT-R istotnie statystycznie częściej reprezentowały wyższy poziom akceptacji choroby według AIS niż osoby z pesymistycznym nastawieniem (Tabela XVI).

Tabela XVI. Poziom optymizmu wg LOT-R a akceptacja choroby wg AIS w badanej grupie

Zmienna	Wskaźnik wg AIS	Ogółem	χ^2	p
---------	-----------------	--------	----------	---

			NISKI (8-18 pkt)	ŚREDNI (19-29 pkt)	WYSOKI (30-40 pkt)			
LOT-R	Nastawienie optymistyczne	n	0	10	20	30	14,91	0,005
		%	0,0	33,3	66,7	100,0		
	Przeciętny poziom optymizmu	n	1	22	23	46		
		%	2,2	47,8	50,0	100,0		
	Skłonność do pesymizmu	n	3	16	5	24		
		%	12,5	66,7	20,8	100,0		
Ogółem		n	4	48	48	100		
		%	4,0	48,0	48,0	100,0		

Legenda: n- liczba obserwacji, %- procent, p- poziom istotności statystycznej, χ^2 - wynik testu Chi-kwadrat, LOT-R- Test Orientacji Życiowej, AIS- Skala Akceptacji Choroby

Dyskusja

Niewydolność serca stanowi jeden z najpoważniejszych problemów w obecnych czasach. Kraje dobrze rozwinięte alarmują, że choroba ta przybiera rozmiar epidemii. W Polsce liczba zdiagnozowanych osób ulega ciągłemu zwiększaniu się a obecnie z chorobą walczy około miliona osób. Według danych, liczba osób chorujących na niewydolność serca zwiększy się w Polsce o około 250 tysięcy osób w przeciągu najbliższych 20 lat.[2,3]. Choroby układu krążenia są ogromnym wyzwaniem dla całego systemu opieki zdrowotnej i niestety stanowią główną przyczynę zgonów w naszym kraju. Dlatego niewydolność serca stała się obecnie poważnym problemem zdrowotnym [4]. Częste hospitalizacje na skutek choroby wiążą się z gorszą jakością życia oraz z gorszym rokowaniem. Niewydolność serca jako choroba przewlekła wpływa na negatywne emocje i prowadzi do problemów w funkcjonowaniu fizycznym, psychicznym oraz społecznym. Dzieje się tak na skutek pojawiających się ograniczeń w czynnościach dnia codziennego, gdy choroba wymusza rezygnację z pełnionych dotychczas obowiązków. Chorzy z przewlekłą niewydolnością serca bardzo często muszą mierzyć się z bezradnością, co wpływa na ich akceptację choroby oraz jakość życia [6]. Na rozwój oraz przebieg choroby ma wpływ wiele różnych czynników, w tym także komponenta psychologiczna. Stąd oprócz leczenia farmakologicznego czy operacyjnego, ważne jest poznanie zasobów psychologicznych i społecznych wśród pacjentów, aby móc sprawować nad chorym holistyczną opiekę medyczną [7]. Do tej pory niewiele powstało badań na temat akceptacji niewydolności serca u pacjentów przewlekle chorych. Jednak obserwując statystyki dotyczące liczby nowych zachorowań na niewydolność serca, wydaje się być istotne prowadzenie badań z tego zakresu. W pracy własnej poszukiwano odpowiedzi na pytanie jakie czynniki miały wpływ na akceptację choroby u pacjentów z niewydolnością serca. W badaniach własnych wskaźnik akceptacji choroby u pacjentów z niewydolnością serca, leczonych ambulatoryjnie, kształtował się na średnim i wysokim poziomie (48% vs 48%).

W wynikach u Kowalczyk i wsp. badających jakość życia chorych z niewydolnością serca, najliczniejszą grupę wśród ankietowanych stanowili pacjenci ze średnim poziomem akceptacji choroby (56,2%) [8].

Podobne obserwacje w stosunku do badań własnych zostały odnotowane w pracy Sternal i wsp., których celem było uzyskanie informacji na temat: Akceptacji choroby przez pacjentów po 70. roku życia z przewlekłą niewydolnością krążenia. W badaniach Sternal i wsp., dowiedziono, że średni poziom akceptacji choroby wg AIS wynosił 21,49. Uzyskany wynik

mieścił się w dolnej granicy zakresu referencyjnego, wskazując na średni poziom akceptacji choroby oraz przystosowania się pacjentów do funkcjonowania w codziennym życiu z chorobą [9].

Optymizm, który jest rozumiany jako cecha dyspozycyjna, wyraża zgeneralizowane oczekiwania pozytywnych zdarzeń. Według badań optymizm jest istotnym zasobem osobistym, wpływającym na stan fizyczny człowieka i jego dobre samopoczucie, jak również sprzyja odnoszeniu sukcesów życiowych, a także odporności na stresujące wydarzenia w życiu.

Analiza wyników badania własnego, dotycząca poziomu optymizmu według LOT-R w badanej grupie wykazała, że największą grupę osób stanowili ankietowani o przeciętnym poziomie optymizmu (46%).

Podobne obserwacje poczyniono u Kołtuniuk i wsp. w pracy: „Poczucie koherencji a jakość życia pacjentów z niewydolnością serca”, gdzie w analizie materiału badawczego wykazano, że u większości respondentów (43%) odnotowano przeciętny poziom orientacji życiowej wg LOT-R [7].

Również w badaniach u Kurowskiej i wsp., w grupie pacjentów ze stabilną chorobą niedokrwienną serca wykazano przeciętny poziom optymizmu wg LOT-R, zbliżony do górnej granicy przedziału, co było zbieżne z badaniami własnymi [10].

Rosnąca liczba występowania niewydolności serca wynika w dużej mierze z procesu starzenia się społeczeństwa. Z kolei to wiąże się częstym występowaniem chorób współtowarzyszących, takich jak: choroba niedokrwienna serca, miażdżyca obwodowa, schorzenia płuc, cukrzyca i przewlekła choroba nerek. Należy wspomnieć również, że coraz więcej uwagi poświęca się niedokrwistości i niedoborowi żelaza, które często współistnieją z niewydolnością serca. Dodatkowe obciążenia chorobowe mogą znacząco utrudniać rozpoznanie niewydolności serca, ograniczać możliwości jej leczenia oraz pogarszać rokowanie. Mogą również wpływać na akceptację choroby [11].

W pracy własnej wykazano, że najczęściej występującymi chorobami przewlekłymi w badanej grupie były: cukrzyca (23%), nadciśnienie tętnicze (14%) jak również astma oskrzelowa (6%). Jednak badania własne nie wykazały istotnego wpływu tych chorób na akceptację choroby wg AIS ($p=0,907$).

W badaniach Kowalczyk i wsp. wykazano, że nadciśnienie tętnicze było najczęstszą chorobą współistniejącą u pacjentów zmagających się z niewydolnością serca (67,6%) [8].

Z wyników badań Ciesielskiej badającej poziom akceptacji choroby u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym wynikało, że u zdecydowanej większości respondentów obserwowano wysoki poziom akceptacji choroby, gdzie średnia punktów w skali AIS wyniosła 29. [12].

Zarówno Kowalczyk jak i Ciesielska w swoich badaniach nie udowadniają jednak wpływu chorób współistniejących poziom akceptacji choroby wg AIS [8,12].

Wyniki badania własnego wykazały również, że respondenci deklarowali znaczenie religii i rozwoju duchowego w swoim życiu, jednak dowiedziono, że nie miało to istotnego wpływu na ich poziom akceptacji choroby wg AIS ($p=0,999$).

Dostępne źródła naukowe nie dają jednoznacznej odpowiedzi czy znaczenie religii w życiu ankietowanych wpływa na akceptację ich choroby, dlatego przytoczono wyniki badań o podobnej tematyce nawiązującej do chorób układu krążenia.

W badaniach Muchy i wsp., poziom religijności u chorych po przebytych zawale mięśnia sercowego był wysoki. Jednak podobnie jak w badaniach własnych, u pacjentów w grupie badanej Muchy nie wystąpiła istotna statystycznie zależność pomiędzy realizowaniem praktyk religijnych, a akceptacją choroby [13].

W pracy własnej zaprezentowano wyniki badań wpływu poziomu optymizmu według LOT-R na akceptację choroby niewydolności serca w grupie badanej. Wyniki wykazały, że ankietowani z optymistycznym nastawieniem istotnie statystycznie częściej reprezentowali wyższy poziom akceptacji choroby według AIS ($p=0,005$).

Przedstawione wyniki wskazują konieczność prowadzenia dalszych badań odnośnie wpływu poziomu optymizmu według LOT-R na akceptację choroby z uwagi na brak badań naukowych, do których można by było porównać wyniki badań własnych.

Podsumowując, warto kontynuować badania na temat akceptacji choroby u pacjentów z niewydolnością serca, gdyż w Polsce jest ich mało, natomiast dokonując pomiaru na większych grupach pacjentów lub wybierając inne standaryzowane narzędzia pomiaru, można w jeszcze dokładniejszy sposób skupić się na danej tematyce. Ze względu na rosnącą liczbę pacjentów z diagnozą niewydolności serca, wydaje się być istotne dalsze kontynuowanie badań na temat tego zagadnienia.

Wnioski

1. Poziom akceptacji choroby według AIS w badanej grupie u pacjentów leczonych ambulatoryjnie z niewydolnością serca, kształtował się na średnim i wysokim poziomie (48%; $n=48$ vs 48%; $n=48$).
2. Wśród badanych największą grupę (46%; $n=46$) stanowiły osoby o przeciętnym poziomie optymizmu według LOT-R.
3. U pacjentów z niewydolnością serca, najczęstszymi chorobami współistniejącymi była m.in. cukrzyca, nadciśnienie tętnicze oraz astma oskrzelowa, jednak choroby dodatkowe nie wpłynęły istotnie na akceptację choroby w badanej grupie osób ($p>0,05$).
4. Znaczenie religii w życiu chorych oraz ich rozwój duchowy nie wpływały istotnie na ich akceptację choroby ($p>0,05$).
5. Pacjenci z optymistycznym nastawieniem częściej reprezentowali wyższy poziom akceptacji choroby według skali AIS w stosunku do osób z pesymistycznym nastawieniem ($p=0,005$).

Piśmiennictwo

1. Kałużna-Oleksy M., Jak żyć z niewydolnością serca? Informacje dla pacjenta. Teva, Warszawa, 2016; s. 3-4.
2. Straburzyńska-Migaj E., (red.). Wstęp. [w:] Straburzyńska-Migaj E., Nessler J., (red.). Zaawansowana niewydolność serca. Podstawy postępowania. Via Medica, Gdańsk, 2021. s. 6.
3. Nessler J., (red.) Rostoff P., Rozpoznanie ostrej niewydolności serca. [w:] Straburzyńska-Migaj E., Nessler J., (red.). Ostra niewydolność serca w zarysie. Via Medica, Gdańsk, 2015. s. 6.
4. Lelonek M., Pawlak A., Nessler J., Bohdan M., Hryniewiecki T., Władysiuk M., Niewydolność serca w Polsce 2014-2021 Raport [online]. Dostępny w Internecie: https://www.niewydolnosc-serca.pl/doc/ANS_raport_01.09_.pdf [dostęp: 10.02.2024].
5. Mazurek J., Lurbiecki J., Skala Akceptacji Choroby i jej znaczenie w praktyce klinicznej. [online]. Dostępny w Internecie: https://www.researchgate.net/profile/Justyna-Mazurek/publication/261600706_Acceptance_of_illness_scale_and_its_clinical_impact/links/56d1af6208ae4d8d64a5ce0b/Acceptance-of-illness-scale-and-its-clinical-impact.pdf [dostęp: 16.02.2024].

6. Obiegło M., Uchmanowicz I., Wleklik M., Jankowska-Polańska B., Kuśmierz M., The effect of acceptance of illness on the quality of life in patients with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing* [online]. Dostępny w Internecie: <https://academic.oup.com/eurjcn/article/15/4/241/5933176?login=false> [dostęp: 07.06.2024].
7. Kołtuniak A., Podsiadły A., Jankowska-Polańska B., Poczucie koherencji a jakość życia pacjentów z niewydolnością serca. *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia* [online]. Dostępny w Internecie: http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-95c220a4-1fa1-4b0e-8738-01e9a48e5015/c/WPiOZ_1.2017_-_O3_-_Ko_C5_82tuniuk.pdf [dostęp: 07.06.2024].
8. Kowalczyk B., Czyż R., Kaźmierska B., Jankowska-Polańska B., Jakość życia chorych z niewydolnością serca. *Akademicka Platforma Czasopism* [online]. Dostępny w Internecie: <https://apcz.umk.pl/JEHS/article/view/3935/pdf> [dostęp: 08.06.2024].
9. Sternal D., Dzięcielska E., Bąk E., Akceptacja choroby przez pacjentów po 70. roku życia z przewlekłą niewydolnością krążenia. *Akademicka Platforma Czasopism* [online]. Dostępny w Internecie: <https://apcz.umk.pl/JEHS/article/view/42079/34450> [dostęp: 08.06.2024].
10. Kurowska K., Nowak A., The sense of coherence and knowledge about the disease in patients with stable coronary artery disease. *Via Medica* [online]. Dostępny w Internecie: https://journals.viamedica.pl/fofia_cardiologica/article/viewFile/40565/27949 [dostęp: 08.06.2024].
11. Galas A., Krześciński P., Gielerak G., Piechota W., Uziębło-Życzkowska B., Stańczyk A., et. al. Niewydolność serca jako wielonarządowy zespół kliniczny- charakterystyka kliniczna chorych hospitalizowanych z powodu zaostrzenia niewydolności serca. *Pediatrics & Medycyna Rodzinna* [online]. Dostępny w Internecie: <https://pimr.pl/arttykul.php?a=1316> [dostęp: 12.06.2024].
12. Ciesielska K., Analiza zachowań zdrowotnych badanych z nadciśnieniem tętniczym w kontekście akceptacji choroby przewlekłej. *Akademicka Platforma Czasopism* [online]. Dostępny w Internecie: <https://apcz.umk.pl/IWPNZ/article/view/50229> [dostęp: 10.06.2024].
13. Mucha A., Majda A., Nawalana A., Religijność i akceptacja choroby u pacjentów po zawale mięśnia sercowego [online]. Dostępny w Internecie: <https://ruj.uj.edu.pl/entities/publication/e5edf9ea-8d7e-4cbe-adf2-d51f29f251a6> [dostęp: 10.06.2024].