



Dyspozycyjny optymizm a akceptacja choroby w grupie osób z chorobą Gravesa-Basedowa

Dispositional optimism and acceptance of illness among a group of individuals with Graves-Basedow's disease

Małgorzata Anna Basińska¹, Danuta Zalewska-Rydzkowska^{2, 3}, Paulina Wolańska, Roman Junik²

¹Zakład Psychologii Klinicznej Instytutu Psychologii, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz

²Katedra i Klinika Endokrynologii i Diabetologii Collegium Medicum UMK, Toruń, Szpital Uniwersytecki, Bydgoszcz

³Katedra i Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej Collegium Medicum UMK, Toruń

Streszczenie

Wstęp: Dyspozycyjny optymizm określa tendencję osoby do pozytywnej percepcji świata i własnej przyszłości. Można rozważać, jaki jest jego związek z umiejętnościami radzenia sobie z trudnościami. Jedną z takich trudnych sytuacji dla jednostki jest choroba, zwłaszcza choroba przewlekła. Celem niniejszej pracy było określenie związku między dyspozycyjnym optymizmem a akceptacją choroby w grupie osób z chorobą Gravesa-Basedowa. Jest to choroba autoimmunologiczna, a w tego typu chorobach, ze względu na liczne powiązania układu odpornościowego z ludzką psychiką, występuje szczególny rodzaj wrażliwości na czynniki psychologiczne.

Materiał i metody: Grupa badana składała się z 59 osób z chorobą Gravesa-Basedowa — 50 kobiet i 9 mężczyzn oraz 55 osób zdrowych — 49 kobiet i 6 mężczyzn, które dobrano pod względem wieku, płci i wykształcenia w stosunku do osób chorych. Badane osoby wypełniły 3 kwestionariusze: Test Orientacji Życiowej (LOT-R, *Life Orientation Test-Revised*), Skalę Akceptacji Choroby (AIS, *Acceptance of Illness Scale*) i ankietę osobową.

Wyniki: Wskazują one na brak różnic między osobami chorymi a zdrowymi w poziomie dyspozycyjnego optymizmu. Nie ma także różnic w zakresie poziomu dyspozycyjnego optymizmu ze względu na kryterium zdrowia, jakimi są: stężenie hormonów tarczycowych (TSH, fT3 i fT4), istnienie powikłań oraz czas chorowania. Natomiast osoby cierpiące dodatkowo z powodu innych schorzeń, miały istotnie niższy poziom dyspozycyjnego optymizmu od tych, które doświadczały tylko choroby Gravesa-Basedowa. Istnieje związek między nasileniem poziomu dyspozycyjnego optymizmu a akceptacją choroby w badanej grupie pacjentów.

Wnioski: Dyspozycyjny optymizm jako zasób jednostki pomaga jej w adaptacji do tak trudnej sytuacji, jaką jest przewlekła choroba, dlatego warto pomagać pacjentom go wzmacniać. (*Endokryol Pol 2008; 59 (1): 23–28*)

Słowa kluczowe: dyspozycyjny optymizm, akceptacja choroby, choroba Gravesa-Basedowa

Abstract

Introduction: Dispositional optimism is a general tendency to positively perceive the world and one's own future. We can consider what kind of connection with ability to cope with difficulties. One situation which is very stressful for an individual is an illness, particularly a chronic one. The aim of the paper was to define the connection between dispositional optimism and acceptance of illness among the group with Graves-Basedow disease. This is autoimmunizational illness and diseases of this kind are particularly sensitive to the influence of psychological factors, as there are many connections between the immune system and the human psyche.

Material and methods: The study group consisted of 59 individuals with Graves-Basedow disease, 50 women and 9 men and 55 of healthy ones, 49 women and 6 men according to age, sex and a level of education. The patients filled out three psychological questionnaires: The Life Orientation Test-Revised (LOT-R), The Acceptance of Illness Scale (AIS) and The Personal Questionnaire.

Results: of the study in question indicate a lack of differences between individuals with Graves-Basedow disease and healthy ones concerning the level of dispositional optimism. There no differences in the level of dispositional optimism as regards of criterions of health: by the levels of hormones TSH, fT3 and fT4, complications and a time of duration of disease. Instead, if they suffer additionally from others diseases, they have a lower level of dispositional optimism. There exist a connection between intensification of level of dispositional optimism and acceptance of illness among testing group.


Conclusions: The dispositional optimism as a supply of individual helps her or his in adaptation to difficulty situation, which is a chronic disease. It is a reason way it is worth to help of patients to grow it stronger. (*Pol J Endocrinol 2008; 59 (1): 23–28*)

Key words: dispositional optimism, acceptance of illness, Graves-Basedow disease

Wstęp

Choroba Gravesa-Basedowa jest chorobą autoimmunologiczną o złożonej i nie do końca wyjaśnionej etiopatogenezie. Częstsze występowanie rodzinne choroby

oraz predyspozycja osób z antygenem HLA B8 sugerują udział czynników genetycznych w jej patogenezie. Rozwój choroby zwykle jest nagły, często poprzedzony wstrząsem psychicznym bądź fizycznym lub infekcją wirusową, które stanowią tak zwane czynniki spustowe.

 Dr Małgorzata A. Basińska, Instytut Psychologii Uniwersytet Kazimierza Wielkiego, ul. Staffa 1, 85-867 Bydgoszcz, tel.: 052 370 84 02, e-mail: malbasinska@wp.pl

W wyniku ich zaistnienia dochodzi do przełamania autotolerancji i powstaje duża liczba immunoglobulin TSI (*Thyroid Stimulating Immunoglobulin*), które łączą się z receptorami błonowymi dla tyreotropiny (TSH, *thyroid-stimulating hormone*) i pobudzają tarczycę do produkcji hormonów fT3 i fT4, co daje obraz kliniczny choroby Gravesa-Basedowa [1–3].

Rozwój choroby zwykle poprzedza czynnik spustowy, do którego mogą należeć między innymi czynniki psychologiczne [4], warto zwrócić na nie uwagę i zobaczyć jaką pełnią funkcję. Jednym z istotnych może być dyspozycyjny optymizm [5].

Dyspozycyjny optymizm

Sposób postrzegania świata polegający na spodziewaniu się większej ilości pozytywnych doświadczeń Scheier i Carver [6] nazwali dyspozycyjnym optymizmem. Według nich jest to raczej stała cecha osobowości, niż zmienna zależna od aktualnej sytuacji. Jest ona ważnym czynnikiem biorącym udział w wyborze celu oraz w sposobie jego osiągnięcia, determinując wysiłek wkładany w jego wykonanie. Optymizm wzbudza w ludziach motywację, wytrwałość oraz determinację do osiągnięcia określonych celów. Ułatwia również szybkie podejmowanie decyzji w trudnej dla jednostki sytuacji [6].

Na rozwój tej cechy wpływ mają czynniki biologiczne — dziedziczenie i temperament [7, 8] oraz czynniki środowiskowe — wpływ rodziców, nauczycieli i doświadczeń z wczesnego okresu życia [7].

Nie ma większych różnic w ogólnym poziomie optymizmu u kobiet i u mężczyzn. Pojawiają się one dopiero przy analizie optymizmu oddzielnie w sferze zawodowej i prywatnej. Mężczyźni optymistycznie tłumaczą swoje porażki w pracy czy w szkole, natomiast pesymistycznie postrzegają je w kontaktach interpersonalnych. U kobiet sytuacja jest odwrotna [7].

Nie istnieją także znaczące różnice w poziomie optymizmu pomiędzy osobami w różnym wieku. Spadek optymizmu pojawia się dopiero po 60. roku życia. Natomiast jego znacznie wzrasta w wieku 70 lat [8].

Zmienną, która zdecydowanie koreluje z optymizmem jest poziom wykształcenia. Im więcej człowiek przejdzie szczebli edukacji, tym bardziej pozytywnie postrzega swoją przyszłość i otaczający go świat [8].

Przeprowadzono wiele różnorodnych badań testujących związek optymizmu dyspozycyjnego ze zdrowiem i stwierdzono, że:

- optymizm wywiera ogromny wpływ na psychiczne i somatyczne funkcjonowanie człowieka. Optymiści przeżywają znacznie więcej pozytywnych uczuć niż pesymiści [9];
- osoby takie cechuje pewna plastyczność poznawcza. Są one bardziej twórcze i otwarte na zmiany. Chętniej przeżywają nowe doświadczenia i lepiej się do nich przystosowują [10];

- osoby o pozytywnym nastawieniu do przyszłości są szczęśliwsze, zadowolone z siebie i swojego życia oraz wykazują mniej symptomów depresji [11];
- nastawienie optymistyczne wydłuża życie aż o 7,5 roku [11] i dodatkowo pozwala ludziom przeżyć swoje ostatnie lata w lepszej kondycji. Optymiści powyżej 65. roku życia starzeją się zdrowiej niż pesymiści [12]. Osoby o pesymistycznym nastawieniu do życia odbywają więcej wizyt u lekarzy, częściej przebywają w szpitalach i zwalniają się z pracy z powodów zdrowotnych [11];
- optymiści postrzegają swoje ryzyko zachorowania jako znacznie mniejsze niż innych ludzi. Wierzą oni w możliwości zapobiegania chorobom [13];
- badania dotyczące optymizmu i jego wpływu na funkcjonowanie organizmu przewlekłe chorych pokazują, że w przypadku układu sercowo-naczyniowego bycie optymistą wiąże się zdecydowanie z licznymi korzyściami. Osoby takie mają znacznie niższe wartości ciśnienia tętniczego niż pesymiści, a w sytuacjach stresowych występuje u nich mniejszy wzrost ciśnienia [14] i w ogóle rzadziej cierpią na choroby serca [15], natomiast w przypadku już zdiagnozowanego zaburzenia szybciej dochodzą do zdrowia [16, 17]. Optymistów charakteryzuje mniejsze ryzyko zakrzepów [18] oraz powtórnego zawału serca [11];
- Visintainer udowodniła, że wyuczona bezradność, czyli pesymistyczne nastawienie do przyszłości może być jednym z czynników ułatwiających zachorowanie na raka [7]. Pozytywne postrzeganie swojej przyszłości powodowało u pacjentów większy spadek ilości komórek rakowych podczas chemioterapii [19]. Po powtórnym pojawieniu się raka piersi dłużej żyły kobiety, które potrafiły cieszyć się życiem [7]. Podobny wpływ sposobu objaśnienia istoty choroby na nastrój i ogólne przystosowanie się do choroby obserwowano u mężczyzn z rakiem prostaty [20]. Optymiści z chorobą nowotworową częściej stosowali aktywne strategie zaradcze, dzięki którym ich jakość życia była wyższa, a pesymiści stawali się bezradni, reagowali lękiem i nie mieli w sobie ducha walki [21];
- holenderscy naukowcy zbadali zagadnienie zgoła odwrotne, a mianowicie testowali wpływ przewlekłej choroby autoimmunologicznej na poziom optymizmu. W przypadku cukrzycy typu 1 nastawienie optymistyczne zmniejszało się nieznacznie i nie na stałe. Natomiast u chorych ze stwardnieniem rozsianym spadek ten był bardziej drastyczny i długotrwały. Wy tłumaczyć to można specyfiką chorób [22];
- Wolańska [5] po badaniu kobiet z chorobą Gravesa-Basedowa stwierdziła u nich znacznie bardziej opty-

mistyczne nastawienie tuż po wykryciu choroby, natomiast już po roku życia z tym zaburzeniem pozytywne postrzeganie otoczenia znacznie słabło. Dyspozycyjny optymizm w tej grupie chorych ujawniał istotny statystycznie związek z jedną z kategorii zachowań zdrowotnych, a mianowicie z pozytywnym nastawieniem psychicznym.

Podsumowując przedstawione wyniki badań, można stwierdzić, że dyspozycyjny optymizm odgrywa ważną rolę w rozwoju chorób oraz podczas ich przebiegu, a jednym z istotnych aspektów funkcjonowania w chorobie jest jej akceptacja.

Akceptacja choroby

Każda choroba wpływa na stan psychiczny i funkcjonowanie człowieka. Choroba przewlekła często zmusza człowieka do trwałej zmiany całego dotychczasowego trybu życia. Natomiast sama choroba może być postrzegana różnie — jako trudność, którą należy pokonać, jako strata lub ulga, a w niektórych przypadkach jako korzyść. W zależności od tego, chory przyjmuje odpowiednią postawę wobec leczenia [23]. Takim wyznacznikiem sposobu funkcjonowania w chorobie jest stopień jej akceptacji, która przejawia się w niewielkim nasileniu negatywnych reakcji i emocji związanych z aktualną chorobą. Im większa akceptacja choroby, tym lepsze przystosowanie i mniejsze poczucie dyskomfortu psychicznego. Ten element funkcjonowania w chorobie jest predyktorem jakości życia [24].

Akceptacja choroby koreluje ujemnie z natężeniem stresu w grupie diabetyków, osób dializowanych oraz pacjentów po zawale serca. Akceptacja choroby koreluje dodatnio z poczuciem własnej wartości i poczuciem własnej skuteczności. Akceptacja choroby stanowi dobry predyktor satysfakcji czerpanej z życia przez chorych ze stwardnieniem rozsianym oraz oceny aktualnego stanu zdrowia [9]. Wynika stąd, że akceptacja choroby nie jest wyrazem słabości i rezygnacji, lecz wynika z siły osoby, która przyjmuje i godzi się z tym, na co nie ma wpływu, co pomaga jej funkcjonować w chorobie.

Problem badawczy

Na podstawie analizy teoretycznej zagadnienia i otrzymanych dotychczas wyników sformułowano następujące problemy badawcze:

1. Czy osoby ze zdiagnozowaną chorobą Gravesa-Basedowa różnią się pod względem poziomu dyspozycyjnego optymizmu od osób zdrowych?
2. Jaki jest związek dyspozycyjnego optymizmu ze stanem zdrowia osób z chorobą Gravesa-Basedowa wyrażonym przez:
 - stężenie hormonów tarczycowych (TSH, fT3 i fT4);
 - istnienie powikłań;
 - istnienie innych chorób;

— czas chorowania (świeżo rozpoznana choroba *vs.* trwająca dłużej niż rok).

3. Jaki związek istnieje pomiędzy optymistycznym nastawieniem do życia a funkcjonowaniem osób w chorobie Gravesa-Basedowa w zakresie jej akceptacji? Sformułowane pytania badawcze pozwoliły na postawienie następujących hipotez:

1. Istnieją różnice między poziomami dyspozycyjnego optymizmu w grupie osób z chorobą Gravesa-Basedowa w porównaniu z grupą osób zdrowych na poziomie istotnym statystycznie.
2. Dyspozycyjny optymizm wiąże się ze stanem zdrowia osób z chorobą Gravesa-Basedowa wyrażonym przez:
 - stężenie hormonów tarczycowych (TSH, fT3 i fT4);
 - istnienie powikłań;
 - istnienie innych chorób;
 - czas chorowania (świeżo rozpoznana choroba *vs.* trwająca dłużej niż rok).
3. Optymistyczne nastawienie do życia wiąże się z funkcjonowaniem w chorobie Gravesa-Basedowa w zakresie stopnia akceptacji własnej choroby.

Materiał i metody

Pacjenci byli dobrani celowo według kryterium zdrowia przez lekarza endokrynologa. Nie dobierano osób ze względu na czas chorowania, występowanie powikłań i stężenia hormonów. Obserwowano osoby, które miały zdiagnozowaną chorobę Gravesa-Basedowa i wyraziły zgodę na udział w badaniu.

W przebadanej próbie uwidoczniła się duża dysproporcja w zakresie płci. Wynika ona z faktu, że na zaburzenia psychofizjologiczne znacznie częściej chorują kobiety [1, 3, 25]. Przebadano 59 osób z chorobą Gravesa-Basedowa, w tym 50 (85%) kobiet i 9 (15%) mężczyzn, w wieku 20–81 lat (średnia [M] = 47,22; odchylenie standardowe [SD, *standard deviation*] = 12,818). Najwięcej badanych osób miało wykształcenie średnie (n = 25, 42%), najmniej podstawowe (n = 5, 8%). Pozostałe osoby miały wykształcenie zawodowe (n = 18, 31%) lub wyższe (n = 11, 19%).

Jeżeli chodzi o stan zdrowia u części z nich (n = 11, 19%) świeżo rozpoznano chorobę, a pozostali (n = 48, 81%) chorowali dłużej niż rok. Średni czas chorowania dla całej grupy wynosił 7,8 roku (SD = 8,14 roku). U 19 (32%) osób choroba przebiegała bez powikłań, a u pozostałych z powikłaniami (n = 40, 68%), głównie w postaci oftalmopatii, oraz 36 (60%) osób doświadczało jeszcze innych chorób, a 23 (40%) cierpiało tylko na chorobę Gravesa-Basedowa.

Jednocześnie badaniami objęto osoby zdrowe, stanowiące grupę kontrolną, wobec których zastosowano następujące kryteria:

— nie mogły chorować somatycznie, ani psychicznie;

- dobrano je pod względem wieku, płci i wykształcenia w stosunku do osób chorych;
- wyraziły zgodę na uczestnictwo w badaniu.

Przebadano 55 osób zdrowych, w tym 49 (89%) kobiet i 6 (11%) mężczyzn, w wieku 21–81 lat ($M = 46,7$; $SD = 12,171$). Najwięcej badanych osób miało wykształcenie średnie ($n = 27$, 49%), najmniej podstawowe ($n = 3$, 5%). Pozostałe osoby miały wykształcenie zawodowe ($n = 12$, 22%) lub wyższe ($n = 13$, 24%). Generalnie były to osoby zdrowe ($n = 53$, 96%), tylko dwie osoby (4%) przyznały się do zwyrodnienia kręgosłupa.

W celu weryfikacji postawionych hipotez zastosowano trzy narzędzia badawcze:

1. Test Orientacji Życiowej autorstwa Scheiera, Carvera i Bridgesa. Poziomy dyspozycyjnego optymizmu mierzono, stosując Test Orientacji Życiowej (LOT-R, *Life Orientation Test-Revised*). Powstał on w 1985 roku na podstawie teorii optymizmu jego autorów. Zawiera on 10 stwierdzeń, a badany zaznacza swoje odpowiedzi na 5-stopniowej skali, które zliczane w odpowiedni sposób dają tak zwany wynik surowy. Im jest on wyższy, tym bardziej optymistycznie nastawiona jest badana osoba. Z kolei wynik surowy przelicza się na skalę standaryzowaną, tutaj stenową — 10-punktową — co daje tak zwany wynik przeliczony [9].

Rzetelność LOT-R, czyli stopień dokładności z jaką test mierzy optymizm [26], jest zbliżona do wersji oryginalnej (α Cronbacha wynosi 0,76). Natomiast stabilność po upływie 6 tygodni wynosiła 0,43. Metoda otrzymała zadowalające poziomy podczas pomiaru trafności teoretycznej [9].

2. Skala Akceptacji Choroby autorstwa B.J. Felton, T.A. Revensona i G.A. Hinrichsena. Do pomiaru stopnia akceptacji choroby — tylko przez grupę osób z chorobą Gravesa-Basedowa — użyto Skali Akceptacji Choroby (AIS, *Acceptance of Illness Scale*). Składa się ona z 8 stwierdzeń opisujących konsekwencje złego stanu zdrowia. Odpowiedzi zaznacza się na 5-stopniowej skali, które zliczane dają wynik surowy. Im jest on wyższy, tym bardziej chory akceptuje swoją chorobę. Analizy wyników tego testu dokonuje się na wynikach surowych, ponieważ test nie posiada norm.

Rzetelność polskiej wersji AIS jest zbliżona do oryginału, zarówno pod względem wewnętrznej zgodności, jak i stałości. Jest to narzędzie trafne [9].

3. Ankieta osobowa oraz wyniki badań laboratoryjnych. Ankietę stworzono w celu uzyskania podstawowych informacji na temat badanych osób. Należą do nich: wiek, stan cywilny, zawód, wykształcenie, czas chorowania, powikłania zdrowotne oraz wyniki badań laboratoryjnych — stężenia TSH, fT3 i fT4. Za każdym razem przeprowadzano ją zgodnie z jednolitym schematem.

Wyniki

Prezentowane poniżej analizy wykonuje się, stosując następujące testy statystyczne: średnia (M), odchylenie standardowe, do badania różnic między średnimi test t -Studenta (t) — gdy zmienna miała rozkład normalny i jednorodną wariancję lub test U Manna-Whitney'a — gdy te warunki nie były spełnione. Zastosowano także test korelacji R -Spearmana wówczas, gdy nie zachodziła linio-wość związku między analizowanymi zmiennymi.

Ponieważ nie ma różnic w zakresie poziomu dyspozycyjnego optymizmu między płciami (w obu grupach, chorych i zdrowych, oddzielnie, jak i łącznie), dlatego dalsze analizy będą przeprowadzone dla kobiet i mężczyzn łącznie.

Średnie wyniki w zakresie dyspozycyjnego optymizmu w badanych grupach

Otrzymane wyniki przeliczone w obu badanych grupach pokazują, że średnie nasilenie poziomu dyspozycyjnego optymizmu jest przeciętne. W wykonanych analizach statystycznych ($t = 0,431$; $p = 0,667$) wykazano brak różnic pomiędzy osobami z chorobą Gravesa-Basedowa i osobami zdrowymi pod względem poziomu dyspozycyjnego optymizmu (tab. I).

Dyspozycyjny optymizm a stan zdrowia

W celu weryfikacji hipotezy mówiącej, że dyspozycyjny optymizm wiąże się ze stanem zdrowia w grupie osób z chorobą Gravesa-Basedowa dokonano analizy wyników ze względu na następujące kryteria: stężenie hormonów tarczycowych (TSH, fT3 i fT4), istnienie powikłań, istnienie innych chorób oraz czas chorowania (świeżo rozpoznana choroba *vs.* trwająca dłużej niż rok).

W zakresie trzech kryteriów zdrowia: stężenia hormonów tarczycowych (TSH, fT3 i fT4), istnienia powikłań oraz czasu chorowania (świeżo rozpoznana choroba *vs.* trwająca dłużej niż rok) nie ujawniły się żadne różnice w poziomie dyspozycyjnego optymizmu. Natomiast, jeżeli chodzi o kryterium istnienia innych chorób, jako wyznacznika stanu zdrowia, to okazało się, że pacjenci cierpiący dodatkowo z powodu innych schorzeń niż choroba Gravesa-Basedowa, mieli istotnie niższy poziom dyspozycyjnego optymizmu od tych, którzy doświadczyli tylko choroby Gravesa-Basedowa (tab. II).

Średnie wyniki w zakresie akceptacji choroby w grupie osób z chorobą Gravesa-Basedowa

Otrzymany wynik surowy w badanej grupie chorych jest stosunkowo wysoki — i wynosi średnio 28,48 ($SD = 7,738$) — w porównaniu z innymi grupami chorych, na przykład: mężczyźni po zawale serca — 22,14; pacjenci z przewlekłym bólem — 18,46; kobiety z rakiem sutka i macicy — 28,16 [9].

Tabela I. Średnie wyniki, minimalne, maksymalne i odchylenie standardowe w grupie chorych (n = 59) i w grupie zdrowych (n = 55)

Table I. Mean, minimal and maximal values as well as standard deviation in group of patients with Graves-Basedov disease (n=59) and healthy (n= 55) individuals

Optymizm (LOT)	M	Minimum	Maksimum	SD	
Wyniki surowe	Chorzy	15,678	9,00	24,00	3,014
Wyniki przeliczone		6,119	3,00	10,00	1,463
Wyniki surowe	Zdrowi	15,436	9,00	22,00	2,961
Wyniki przeliczone		5,964	3,00	9,00	1,478

LOT-R (Life Orientation Test) — Test Orientacji Życiowej; SD (standard deviation) — odchylenie standardowe

Brakuje różnic pod względem poziomu dyspozycyjnego optymizmu pomiędzy osobami z chorobą Gravesa-Basedowa a osobami zdrowymi

Tabela II. Wyniki analizy testu t-Studenta dla średnich wyników w grupie chorych bez innych schorzeń (M1, n = 35) i w grupie chorych z innymi schorzeniami (M2, n = 23)

Table II. Results of t-Student test analysis for mean values in group of patients with Graves-Basedov disease with (M1, n = 35) and without (M2, n = 23) other disorders

	M1	M2	t	p	SD1	SD2
Dyspozycyjny optymizm	16,49	14,57	2,474	0,016	2,790	3,043

SD (standard deviation) — odchylenie standardowe

Osoby z dodatkowymi schorzeniami niż choroba Gravesa-Basedowa miały istotnie niższy poziom dyspozycyjnego optymizmu od tych, które doświadczały tylko choroby Gravesa-Basedowa

Związek pomiędzy dyspozycyjnym optymizmem a akceptacją choroby w grupie osób z chorobą Gravesa-Basedowa

W celu oceny stopnia zależności między dyspozycyjnym optymizmem a akceptacją własnej choroby osób cierpiących z powodu choroby Gravesa-Basedowa wykonano nieparametryczny test korelacji oraz dokonano podziału grupy za pomocą testu mediany (Me = 15) na osoby z wyższym poziomem optymizmu (WO, wyższy poziom optymizmu) i na tych z niższym poziomem (NO, niższy poziom optymizmu), aby następnie porównać jak wygląda poziom akceptacji choroby w tych dwu podgrupach.

Otrzymane wyniki pokazują, że istnieje związek między nasileniem poziomu dyspozycyjnego optymizmu a akceptacją choroby w badanej grupie pacjentów na poziomie istotnym statystycznie (tab. III).

Tabela III. Wynik analizy korelacji R-Spearmana dla dyspozycyjnego optymizmu i akceptacji choroby w grupie osób z chorobą Gravesa-Basedowa (n = 59)

Table III. Results of correlation analysis (R-Spearman) for levels of dispositional optimism and acceptance of disorder in group of patients with Graves-Basedov disease (n=59)

	R	t (N-2)	p
AIS & LOT — wynik surowy	0,246	1,918	0,060
AIS & LOT — wynik przeliczony	0,272	2,135	0,037

AIS (Acceptance of Illness Scale) — Skala Akceptacji Choroby; LOT-R (Life Orientation Test) — Test Orientacji Życiowej

Istnieje związek między nasileniem poziomu dyspozycyjnego optymizmu a akceptacją choroby w badanej grupie chorych

Po podziale grupy na tych z niższym (NO) i wyższym poziomem dyspozycyjnego optymizmu (WO) według testu mediany, okazało się, że osoby z wyższym optymizmem ujawniają istotnie większą akceptację choroby (tab. IV).

Dyskusja

Na podstawie otrzymanych wyników wykazano brak różnic pomiędzy osobami z chorobą Gravesa-Basedowa i osobami zdrowymi pod względem poziomu dyspozycyjnego optymizmu. Można więc wnioskować, że cechują się oni podobnym nastawieniem do świata i ludzi oraz swojej przyszłości. W ten sposób nie potwierdzono hipotezy pierwszej mówiącej, że istnieją różnice pomiędzy poziomem dyspozycyjnego optymizmu w grupie pacjentów z chorobą Gravesa-Basedowa w porównaniu z grupą osób zdrowych na poziomie istotnym statystycznie.

Hipotezę drugą, mówiącą o związku zdrowia z poziomem dyspozycyjnego optymizmu zweryfikowano częściowo. W zakresie trzech kryteriów: stężenia hormonów tarczycowych (TSH, fT3 i fT4), istnienia powikłań oraz czasu chorowania (świeżo rozpoznana choroba vs. trwająca dłużej niż rok) nie ma związku w badanej grupie. Natomiast w zakresie czwartego wyznacznika zdrowia, jakim jest istnienie innych schorzeń oprócz choroby Gravesa-Basedowa, istnieje pozytywny związek. Sama choroba Gravesa-Basedowa, nawet przebiegająca z powikłaniami i przy stężeniu hormonów wskazujących na brak eutyreozy, nie ujawnia związku z niższym poziomem dyspozycyjnego optymizmu (co byłoby zgodne z założeniem autorów teorii, że jest to względnie stała cecha). Ale jeżeli do niej dołączą się inne schorzenia, to u takich osób poziom optymistycznego patrzenia w przyszłość obniża się.

Otrzymane wyniki pokazują, że istnieje związek między nasileniem poziomu dyspozycyjnego optymizmu

Tabela IV. Średni poziom akceptacji choroby, odchylenie standardowe oraz wyniki testu t-Studenta w grupach osób chorych z wyższym i niższym poziomem dyspozycyjnego optymizmu

Table IV. Mean level of acceptance of disorder, standard deviations and results of t-Student test in group of patients with higher and lower level of dispositional optimism

	M — WO (n = 29)	M — NO (n = 30)	t	p	SD — WO	SD — NO
Akceptacja choroby AIS	30,52	26,50	2,048	0,045	7,008	8,008

AIS (Acceptance of Illness Scale) — Skala Akceptacji Choroby

Osoby z wyższym dyspozycyjnym optymizmem ujawniają istotnie większą akceptację choroby

a akceptacją choroby w badanej grupie pacjentów. Można stwierdzić, że dyspozycyjny optymizm może pomagać w adaptacji do tak trudnej sytuacji, jaką jest przewlekła choroba. W ten sposób pozytywnie zweryfikowano hipotezę trzecią, mówiącą, że optymistyczne nastawienie do życia wiąże się z funkcjonowaniem w chorobie Gravesa-Basedowa w zakresie stopnia akceptacji własnej choroby.

Optymizm, w literaturze przedmiotu, traktuje się jako zasób człowieka, czyli właściwość, dzięki której łatwiej się żyje, a w chorobie pomaga mobilizować siły, by się jej nie poddać i lepiej z nią funkcjonować. I chociaż optymizm dyspozycyjny ma status właściwości względnie trwałej to czynniki środowiskowe również na niego wpływają, o czym warto pamiętać, lecząc przewlekle chorych pacjentów. Wzmacnianie u pacjentów pozytywnego patrzenia w przyszłość może tak naprawdę ułatwić ich leczenie, ponieważ optymiści są bardziej skłonni respektować zalecenia lekarskie.

Wnioski

1. W zakresie poziomu dyspozycyjnego optymizmu nie ma różnic pomiędzy płciami w grupie chorych i zdrowych oraz pomiędzy chorymi i zdrowymi.
2. Nie ma związku na poziomie istotnym statystycznie pomiędzy poziomem dyspozycyjnego optymizmu a trzema kryteriami zdrowia: stężeniem hormonów tarczycowych (TSH, fT3 i fT4), istnieniem powikłań oraz czasem chorowania, natomiast istnieje związek z czwartym wyznacznikiem zdrowia, jakim jest istnienie innych schorzeń oprócz choroby Gravesa-Basedowa.
3. Osoby z chorobą Gravesa-Basedowa charakteryzują się, w porównaniu z innymi grupami chorych, stosunkowo wysoka akceptacja choroby.
4. Istnieje związek między nasileniem poziomu dyspozycyjnego optymizmu a akceptacją choroby w badanej grupie pacjentów.

Piśmiennictwo

1. Gietka-Czernel M, Jastrzębska H. Rozpoznawanie i leczenie chorób tarczycy. OINpharma, Warszawa 2002.

2. Lublan-Plozza B, Poldinger W, Kroger F i wsp. Zaburzenia psychosomatyczne w praktyce lekarskiej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1995.
3. Zieleniewski J. Choroby tarczycy. W: Pawlikowski M (red.). Zarys endokrynologii klinicznej. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1992; 61–95.
4. Sonino N, Tomba E, Fava GA. Psychosocial approach to endocrine disease. Adv Psychosom Med 2007; 28: 21–33.
5. Wolańska P. Dyspozycyjny optymizm kobiet z chorobą Gravesa-Basedowa a ich funkcjonowanie w chorobie. Wydział Pedagogiki i Psychologii UKW, Bydgoszcz 2007. Niepublikowana praca magisterska.
6. Scheier MF, Carver CS. Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. Health Psychol 1985; 4: 219–247.
7. Seligman MEP. Prawdziwe szczęście. Psychologia pozytywna a rzeczywistość naszych możliwości trwałego spełnienia. Media Rodzina of Poznań, Poznań 2005.
8. Stach R. Optymizm. Badania nad optymizmem jako mechanizmem adaptacyjnym. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.
9. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001.
10. Isen AM. Rola neuropsychologii w zrozumieniu korzystnego wpływu afektu pozytywnego na zachowania społeczne i procesy poznawcze. W: Czapiński J (red.). Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004; 284–302.
11. Czapiński J. Optymiści i ryzykanci. Polskie paradoksy. W: Drogosz M (red.). Jak Polacy przegrywają, jak Polacy wygrywają? Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005; 127–148.
12. Steptoe A, Wright C, Kunz-Ebrecht SR i wsp. Dispositional optimism and health behaviour in community-dwelling older people: associations with healthy ageing. British J Health Psychol 2006; 11: 71–84.
13. Peterson C, De Avile ME. Optimistic explanatory style and the perception of health problems. J Clin Psychol 1995; 51: 128–132.
14. Raikonen K, Matthews KA, Flory JD i wsp. Effects of optimism, pessimism and trait anxiety on ambulatory blood pressure and mood during everyday life. J Pers Soc Psychol 1999; 76: 104–113.
15. Kivimaki M, Vahtera J, Elovainio M. i wsp. Optimism and pessimism as predictors of change in health after death of severe illness in family. Health Psychol 2005; 24: 413–421.
16. Scheier MF, Matthews KA, Owens J i wsp. Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: the beneficial effects on physical and psychological well-being. J Pers Soc Psychol 1989; 57: 1024–1040.
17. Matthews KA, Raikonen K, Sutton-Tyrrell K i wsp. Optimistic attitudes protect against progression of carotid atherosclerosis in healthy middle-aged women. Psychosom Med 2004; 66: 640–644.
18. Shepperd JA, Maroto JJ, Pbert LA. Dispositional optimism as a predictor of health changes among cardiac patients. J Res Pers 1996; 30: 517–534.
19. De Moor JS, de Moor CA, Basen-Engquist K i wsp. Optimism, distress, health-related quality of life, and change in cancer antigen 125 among patients with ovarian cancer undergoing chemotherapy. Psychosom Med 2006; 68: 555–562.
20. Penedo FJ, Dahn JR, Gonzalez JS i wsp. Perceived stress management skill mediates the relationship between optimism and positive mood following radical prostatectomy. Health Psychol 2003; 22: 220–222.
21. Michałowska-Wieczorek I. Rola wsparcia w zmaganiu się z chorobą nowotworową. Psychoonkologia 2006; 10: 51–56.
22. Fournier M, De Ridder D, Bensing J. Is optimism sensitive to the stressors of chronic disease? The impact of type 1 diabetes mellitus and multiple sclerosis on optimistic beliefs. Psychol Health 2003; 18: 277–294.
23. Czubalski K. Medycyna psychosomatyczna — koncepcje, cele, metody. Pol Tyg Lek 1977; 47: 1857–1860.
24. Felton BJ, Revenson TA. Coping with chronic illness: a study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. J Consult Clin Psychol 1984; 3: 343–353.
25. Hartwig W. Endokrynologia. W: Kokot F (red.). Choroby wewnętrzne. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1991; 492–567.
26. Hornowska E. Testy psychologiczne. Teoria i praktyka. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2005.