

Ocena związku lęku i depresji oraz wybranych zmiennych psychospołecznych u pacjentów onkologicznych

Assessment of anxiety and depression and selected psychosocial variables in cancer patients

Marta Kulpa¹, Amelia Ciuba², Mariola Kosowicz³, Hanna Rozenek¹,
Jolanta Banasiewicz¹, Magdalena Flaga-Łuczkiwicz⁴,
Beata Stypuła-Ciuba⁵

¹ Zakład Psychologii i Komunikacji Medycznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

² Zakład Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego Szkoły Doktorskiej
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

³ Poradnia Psychoonkologii, Narodowy Instytut Onkologii
im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

⁴ NZOZ Centrum Terapii Dialog, Warszawa

⁵ Klinika Diagnostyki Onkologicznej, Kardiologii i Medycyny Paliatywnej,
Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie
– Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

Summary

Aim. Assessment of anxiety-depressive disorders in an oncologically ill patient may help in the treatment process and planning psycho-oncological care. The aim of the study was to assess the level of anxiety and depression in cancer patients and their relationship with psychosocial variables.

Methods. The study group consisted of adult cancer patients, eligible for causal treatment for at least 6 weeks. The HADS questionnaire was used to examine 537 patients aged 19 to 91 (average age: 53.5).

Results. Both during the first oncological treatment and in the relapse of the disease, patients more often show symptoms of anxiety than depression. These conditions occur with greater intensity in women than in men ($p = 0.000$), moreover, the risk of depressive disorders increases with the patient's age ($p = 0.015$). The highest intensity of symptoms of depression was observed in patients living in the countryside and in people on disability or retirement pension, and the lowest in small and medium-sized towns and in people who were economically active or on short sick leave. On the other hand, the simultaneous occurrence of anxiety and depression was distinctive for the patients with breast and reproductive organs cancers, which were least frequently reported by patients with urinary tract cancers.

Conclusions. Tools for screening the risk of depression and anxiety disorders should be used routinely during regular medical consultations in a patient with cancer. This will allow for early detection of symptoms and initiation of therapeutic measures.

Słowa kluczowe: lęk, depresja, nowotwór, skala HADS

Key words: anxiety, depression, cancer, HADS

Wprowadzenie

Choroby nowotworowe stanowią drugą co do częstości przyczynę zgonów na świecie [1]. Zachorowanie na nowotwór złośliwy i konieczność poddania się leczeniu stanowi znaczące źródło stresu dla chorego i jego rodziny. Pomimo coraz większych sukcesów w zakresie terapii chorób nowotworowych choroba ta wciąż postrzegana jest jako ciężka i zagrażająca życiu [2, 3]. Kryzys związany z chorobą nowotworową oraz jej leczeniem stanowi poważne emocjonalne i behawioralne obciążenie dla pacjenta, co może się przyczyniać do rozwoju zaburzeń lękowo-depresyjnych i uruchamiania destruktywnych strategii radzenia sobie z chorobą [4].

W holistycznym traktowaniu człowieka, w tym także w podejściu do problemów zdrowia i choroby, akcentowane są wzajemne powiązania: psychika–ciało. Zależność ta jest dwukierunkowa: psychika może mieć wpływ na stan somatyczny i odwrotnie – stan somatyczny (choroba) może powodować zaburzenia psychiczne i/lub nasilać ich objawy [5]. Stąd częstym zjawiskiem jest współwystępowanie chorób przewlekłych i depresji. Szczególnie wysokie nasilenie objawów depresyjnych obserwuje się w przebiegu chorób przewlekłych o podłożu neurologicznym (np. udar mózgu, choroby: Parkinsona, Alzheimer) [6–8].

W odniesieniu do chorób onkologicznych także podkreśla się dwukierunkowy związek psychiki i ciała. Dane z literatury przedmiotu wykazują, że odsetek pacjentów z depresją w grupie chorych na nowotwory jest trzykrotnie wyższy niż w populacji ogólnej [9]. Rozpoznanie depresji u chorych onkologicznych często jest bardzo trudne, ponieważ wiele z objawów depresji przejawia się w sposób nieostry i niecharakterystyczny lub nakłada się na objawy związane z chorobą nowotworową i/lub jej leczeniem [10, 11]. Massie [12] stwierdza, że żaden aspekt stanu psychicznego pacjenta onkologicznego nie jest tak trudny do oceny jak depresja, która w negatywny sposób wpływa na psychofizyczne funkcjonowanie chorego. Dlatego każdy pacjent onkologiczny powinien być badany pod kątem objawów depresyjnych. Holland i Lesko [13] upatrują przyczyn małej rozpoznawalności depresji u pacjentów onkologicznych w: uznawaniu depresji za normalną reakcję na chorobę, maskowaniu depresji objawami somatycznymi, myleniu jej ze stanami smutku, lęku przed rozmową o depresji z pacjentem i oczekiwaniu, że chory sam poruszy ten temat [11].

Wśród przyczyn psychologicznych zaburzeń depresyjnych u pacjentów z chorobą nowotworową najczęściej wymienia się: poczucie zagrożenia życia, niepewność dotyczącą teraźniejszości i przyszłości, utratę kontroli nad własnym życiem oraz niewystarczającą liczbę informacji na temat choroby i możliwości jej leczenia, a także zmianę wyglądu w związku z chorobą i leczeniem. Depresja potęgowana jest również przez poczucie bezradności i bezsilności wobec choroby i niemożności wpływu na

nią. Poczucie braku kontroli i wpływu pogłębia depresję i przyczynia się do uruchamiania i utrwalania destruktywnych strategii radzenia sobie z chorobą [14, 15]. Wśród czynników ze sfery somatycznej, które mogą wpłynąć na rozwój zaburzeń depresyjnych, wymienia się: czynniki ryzyka z okresu przed chorobą, rodzaj nowotworu, upośledzenie czynności narządów, zaburzenia metaboliczne, długotrwałe cierpienie związane z bólem i wyniszczeniem nowotworowym, różnorodne dolegliwości fizyczne doprowadzające do osłabienia organizmu oraz farmakoterapię [15, 16].

Przyczyną depresji mogą być występujące w przebiegu chorób onkologicznych zmiany o charakterze neurobiologicznym, powodujące poczucie psychologicznego niepokoju [17]. Chorobie nowotworowej często towarzyszy lęk, w którym dominuje poczucie silnego uogólnionego, wszechobecnego zagrożenia lub zatrważającej zmiany [18]. Towarzyszą mu takie objawy jak: pobudzenie psychiczne, trudności w skupianiu uwagi, bezsenność, wzmożona czujność, drażliwość, pobudzenie ruchowe (wzmożone napięcie mięśniowe, niepokój, osłupienie, drżenie rąk) oraz wyobrażenia związane z przeżywanym zagrożeniem (poczucie bliskości śmierci, choroby, groźba psychicznego rozpadu, utraty kontroli nad świadomością lub zachowaniem) lub zmianą – niejasną i zaskakującą [4, 19, 20].

Poszukiwanie czynników powiązanych z depresją i lękiem u chorych onkologicznie może być pomocne dla klinicystów realizujących model holistycznego podejścia do pacjenta.

Cel badania, pytania i hipotezy badawcze

Celem badania była ocena objawów lęku i depresji w badanej populacji chorych onkologicznie, analiza różnic międzygrupowych oraz związków lęku i depresji z rodzajem i etapem choroby nowotworowej oraz zmiennymi psychospołecznymi takimi jak: płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania i sytuacja zawodowa pacjenta.

Pytania badawcze:

1. Jakie jest nasilenie lęku i depresji w badanej grupie?
2. Czy istnieją zależności między lękiem i depresją a indywidualną sytuacją pacjenta obejmującą: płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, pozostawanie lub nie w związku, status zawodowy, rodzaj nowotworu, etap leczenia choroby onkologicznej.

Hipotezy badawcze:

1. Istnieją różnice dotyczące wartości średnich badanych zmiennych (lęk, depresja) w odniesieniu do płci, wieku, wykształcenia, miejsca zamieszkania, sytuacji życiowej (w związku/samotny), sytuacji zawodowej, rodzaju nowotworu, etapu leczenia choroby onkologicznej
2. Istnieją zależności między lękiem i depresją a indywidualną sytuacją pacjenta obejmującą: płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, pozostawanie lub nie w związku, status zawodowy, rodzaj nowotworu, etap leczenia choroby onkologicznej.

Material i metody

Osoby badane

W badaniu wzięło udział 537 pacjentów (314 kobiet i 223 mężczyzn) w wieku od 19 do 91 lat. Średnia wieku badanych wynosiła 53,5 roku (średnia wieku kobiet: 54,61 roku, $SD = 12,11$; średnia wieku mężczyzn: 52,04 roku, $SD = 16,17$). Badani byli pełnoletnimi pacjentami Poradni Leczenia Bólu Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie. Kryterium włączenia do badania stanowiło rozpoznanie choroby nowotworowej postawione od co najmniej 6 tygodni, kwalifikującej się do leczenia przyczynowego.

Badanie było dobrowolne, jednokrotne, realizowane z wykorzystaniem kwestionariusza do badania występowania lęku i depresji oraz czynników socjodemograficznych. Badanie przeprowadzane było w trakcie pierwszorazowej wizyty w Poradni Leczenia Bólu. Pacjenci, którzy mieli wynik w ankiecie wskazujący na zaburzenia lękowe lub depresyjne, otrzymywali wsparcie psychologiczne świadczone przez psychologa zatrudnionego w poradni. Badanie trwało od stycznia 2017 do grudnia 2018 roku.

Metody

Diagnozę czynników socjodemograficznych: wieku, płci, miejsca zamieszkania, sytuacji zawodowej i życiowej, rodzaju nowotworu oraz etapu leczenia choroby onkologicznej przeprowadzono z użyciem ankiety autorskiej, która zawierała pytania weryfikujące badane zmienne.

Do oceny objawów depresji i lęku posłużyła polska adaptacja (dokonana przez Majkowicz, de Walden-Gałuszko i Chojnacką-Szawłowską, 1997) *Szpitalnej skali lęku i depresji (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS)* autorstwa Zigmonda i Snaitha (1983). Skala HADS jest narzędziem przesiewowym do diagnozowania objawów lęku i depresji u osób z chorobami somatycznymi. Składa się z 7 pozycji diagnozujących nasilenie lęku i 7 pozycji diagnozujących nasilenie depresji. Natężenie tych zmiennych oceniane jest na czterostopniowej skali Likerta. W skali lęku lub depresji wynik maksymalny wynosi 21 punktów. W skalach lęku lub depresji wynik końcowy 0–7 punktów oznacza brak zaburzeń lub niskie ich nasilenie, wynik 8–10 punktów oznacza stany graniczne (zaburzenia średniego stopnia), natomiast wynik 11–21 punktów oznacza wysokie nasilenie zaburzeń.

Metody statystyczne

Normalność rozkładów badanych zmiennych sprawdzono z wykorzystaniem testu Kołmogorowa-Smirnowa. Jednorodność wariancji badano za pomocą testu Levene'a. Istotność obserwowanych różnic przy porównywaniu 2 podgrup weryfikowano z użyciem testu *t*-Studenta z opcjonalną poprawką Cochran-Coxa, gdy wynik testu Levene'a wskazał brak jednorodności wariancji w porównywanych grupach. Istotność obserwowanych różnic przy porównywaniu więcej niż 2 grup

ustalano z zastosowaniem jednoczynnikowej analizy wariancji, a po stwierdzeniu istotnych statystycznie różnic – testów *post-hoc* metodą NIR. Występowanie zależności badano współczynnikiem korelacji tau-b Kendalla. We wszystkich testach przyjęto poziom istotności 0,05. Analizy statystyczne wykonano z wykorzystaniem SPSS w wersji 26.

Wyniki

Przebadano 537 pacjentów (w tym 314 kobiet i 223 mężczyzn) w wieku od 19 do 91 lat. Średnia wieku badanych wynosiła 53,5 roku (średnia wieku kobiet: 54,61 roku, $SD = 12,11$; średnia wieku mężczyzn: 52,04 roku, $SD = 16,17$).

Najczęstszą diagnozą był nowotwór piersi (139 osób, 25,9% badanej grupy). Drugim co do częstości występowania nowotworem wśród badanych był nowotwór narządów rodnych (71 osób, 13,2%). Dane dotyczące lokalizacji nowotworu przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Dane dotyczące lokalizacji nowotworu w badanej grupie

| Lokalizacja nowotworu | Częstość | Odsetek (%) |
|-------------------------------------|----------|-------------|
| Tkanki i układ nerwowy | 40 | 7,4 |
| Narządy rodne | 71 | 13,2 |
| Układ moczowy | 56 | 10,4 |
| Płuca | 40 | 7,4 |
| Piersi | 139 | 25,9 |
| Układ chłonny | 38 | 7,1 |
| Układ pokarmowy | 69 | 12,8 |
| Głowa, szyja | 71 | 13,2 |
| Bez określonej etiologii wyjściowej | 13 | 2,4 |
| Ogółem | 537 | 100,0 |

Dane demograficzne badanej grupy zostały zaprezentowane w tabeli 2.

Tabela 2. Dane demograficzne badanej grupy

| Miejsce zamieszkania | Częstość | Odsetek (%) |
|----------------------|----------|-------------|
| Wieś | 132 | 24,6 |
| Małe miasto | 154 | 28,7 |
| Duże miasto | 251 | 46,7 |
| Wykształcenie | | |
| Podstawowe | 37 | 6,9 |

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

| | | |
|-----------------------------|-----|------|
| Zawodowe | 113 | 21,0 |
| Średnie | 207 | 38,5 |
| Wyższe | 180 | 33,5 |
| Status zawodowy | | |
| Aktywny | 164 | 30,5 |
| Zwolnienie | 114 | 21,2 |
| Renta | 83 | 15,5 |
| Emerytura | 176 | 32,8 |
| Status związku | | |
| W związku | 409 | 76,2 |
| Samotny | 128 | 23,8 |
| Etap choroby i leczenia | | |
| Pierwsze leczenie | 325 | 60,5 |
| Kolejne leczenie po wznowie | 212 | 39,5 |

Średnie wyniki w skali HADS w badanej grupie wskazywały na niskie nasilenie objawów depresyjnych (średnia 5,35; $SD = 3,8$) i średnie nasilenie objawów lękowych (średnia 7,48; $SD = 4,23$).

Tabela 3. Średnie wyniki skali HADS (podskale lęk i depresja) w grupach kobiet i mężczyzn

| Podskale | Płeć | N | Średnia | Odczylenie standardowe | Błąd standardowy średniej | Istotność dwustronna |
|-----------------|------|-----|---------|------------------------|---------------------------|----------------------|
| Lęk (HADS) | K | 314 | 8,57 | 4,457 | 0,252 | 0,000 |
| | M | 223 | 5,95 | 3,363 | 0,225 | |
| Depresja (HADS) | K | 314 | 5,96 | 3,913 | 0,221 | 0,000 |
| | M | 223 | 4,49 | 3,485 | 0,233 | |

* Zastosowana metoda: test t-Studenta.

Różnice w nasileniu lęku i depresji w grupach kobiet i mężczyzn zweryfikowano z wykorzystaniem testu *t*-Studenta. Stwierdzono istotne statystycznie różnice nasilenia objawów lęku i depresji ($p = 0,000$). U kobiet średnie nasilenie objawów lęku w skali HADS (średnia 8,57; $SD = 4,45$) wskazuje na podwyższone ryzyko występowania zaburzeń lękowych w trakcie leczenia onkologicznego. Wyniki przedstawiono w tabeli 3.

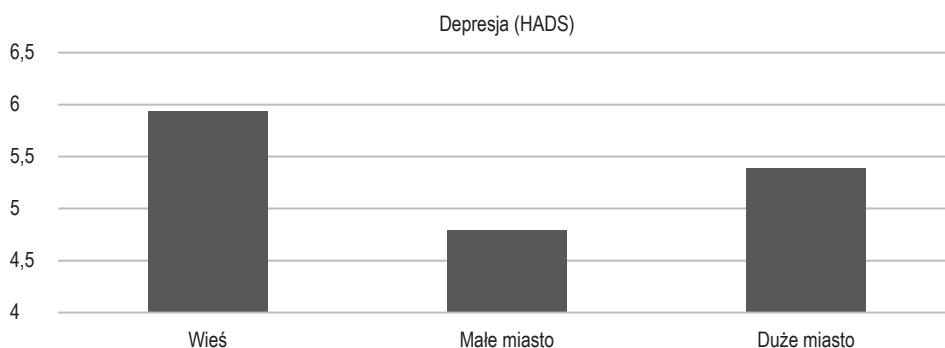
Analizy korelacji metodą tau-b Kendalla badanych zmiennych i wieku wykazały dodatnią zależność między depresją a wiekiem pacjenta ($p = 0,001$). Nie stwierdzono podobnych zależności w odniesieniu do lęku.

Analizę różnic w zakresie nasilenia objawów depresji i lęku w podgrupach różniących się miejscem zamieszkania wykonano jednoczynnikową analizą wariancji ANOVA z analizą *post-hoc* metodą NIR. Stwierdzono istotne statystycznie ($p = 0,039$) różnice w zakresie nasilenia objawów depresji (tab. 4, rys. 1). Najniższe nasilenie objawów depresji przejawiali pacjenci z małych miast. Największe nasilenie objawów depresji (średnia 5,94; $SD = 4,07$) mieli pacjenci mieszkający na wsi. Nie odnotowano istotnych statystycznie różnic w nasileniu objawów lęku w zależności od miejsca zamieszkania.

Tabela 4. Nasilenie depresji w podgrupach o różnym miejscu zamieszkania

| | | N | Średnia | Odchylenie standardowe | Błąd standardowy |
|-----------------|-------------|-----|---------|------------------------|------------------|
| Depresja (HADS) | Wieś | 132 | 5,94 | 4,075 | 0,355 |
| | Małe miasto | 154 | 4,79 | 3,729 | 0,300 |
| | Duże miasto | 251 | 5,39 | 3,675 | 0,232 |
| | Ogółem | 537 | 5,35 | 3,808 | 0,164 |

* Zastosowana metoda: analiza wariancji ANOVA z analizą *post-hoc* metodą NIR.



* Zastosowana metoda: analiza wariancji ANOVA z analizą *post-hoc* metodą NIR.

Rysunek 1. Nasilenie depresji w zależności od miejsca zamieszkania

Analizę różnic w zakresie nasilenia objawów depresji i lęku w podgrupach różniących się statusem aktywności zawodowej wykonano jednoczynnikową analizą wariancji ANOVA z analizą *post-hoc* metodą NIR. Stwierdzono istotne statystycznie ($p = 0,000$) różnice w zakresie depresji (tab. 5, rys. 2). Osoby na rencie lub emeryturze charakteryzowały się wyższym nasileniem objawów depresji niż osoby aktywne zawodowo lub pozostające na krótkim zwolnieniu lekarskim. Nie odnotowano istotnych różnic w zakresie nasilenia objawów lęku w podgrupach różniących się statusem aktywności zawodowej. Szczegółowe wyniki analizy *post-hoc* przedstawia tabela 6.

Tabela 5. Nasilenie depresji w grupach o różnym statusie zawodowym

| | | N | Średnia | Odchylenie standardowe | Błąd standardowy |
|-----------------|------------|-----|---------|------------------------|------------------|
| Depresja (HADS) | Aktywny | 164 | 4,54 | 3,368 | 0,263 |
| | Zwolnienie | 114 | 4,88 | 3,763 | 0,352 |
| | Renta | 83 | 6,27 | 3,908 | 0,429 |
| | Emerytura | 176 | 5,98 | 3,999 | 0,301 |
| | Ogółem | 537 | 5,35 | 3,808 | 0,164 |

* Zastosowana metoda: analiza wariancji ANOVA z analizą post-hoc metodą NIR.

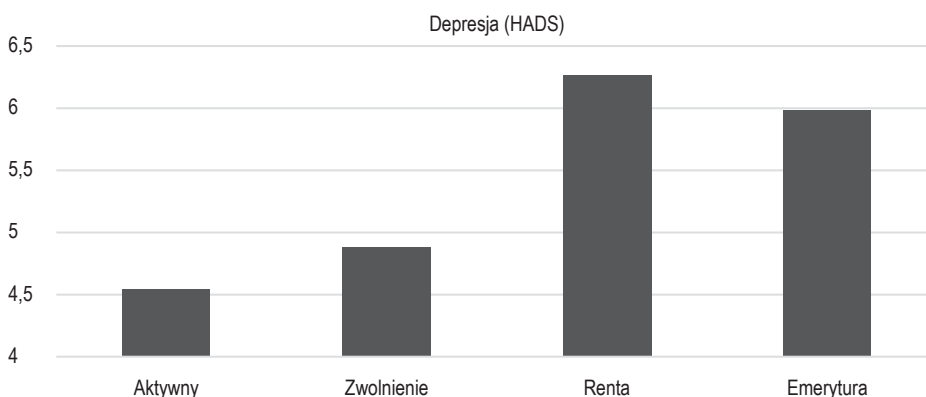
Tabela 6. Porównania post-hoc: różnice nasilenia objawów depresji w podgrupach różniących się statusem aktywności zawodowej

| Sytuacja zawodowa (I) | Sytuacja zawodowa (J) | Różnica średnich (I – J) | Błąd standardowy | Istotność |
|-----------------------|-----------------------|--------------------------|------------------|-----------|
| Renta | Aktywny | 1,722 | 0,505 | 0,001 |
| | Zwolnienie | 1,388 | 0,541 | 0,011 |
| Emerytura | Aktywny | 1,440 | 0,407 | 0,000 |
| | Zwolnienie | 1,106 | 0,451 | 0,015 |

* Zastosowana metoda: analiza wariancji ANOVA z analizą post-hoc metodą NIR.

Zapis I – J należy interpretować jako różnicę wartości średniego nasilenia depresji w podgrupie definiowanej w kolumnie oznaczonej jako I i w podgrupie definiowanej w kolumnie oznaczonej jako J.

Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w zakresie nasilenia objawów lęku i depresji w podgrupach różniących się poziomem wykształcenia, a także między

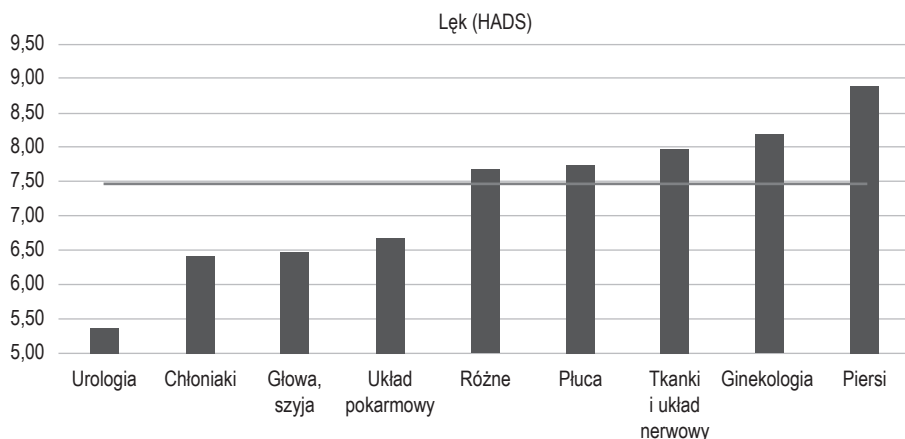


* Zastosowana metoda: analiza wariancji ANOVA z analizą post-hoc metodą NIR.

Rysunek 2. Nasilenie depresji w grupach o różnym statusie zawodowym

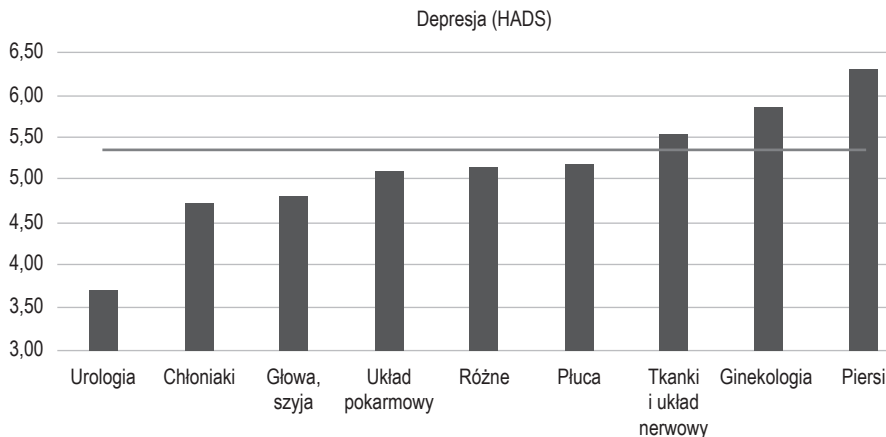
pacjentami pozostającymi w związku a pacjentami samotnymi oraz między pacjentami w trakcie pierwszego leczenia onkologicznego a pacjentami leczonymi w trakcie kolejnej wznowy choroby.

Analizę różnic w zakresie nasilenia objawów depresji i lęku w podgrupach różniących się rodzajem nowotworu wykonano jednoczynnikową analizą wariancji ANOVA. Stwierdzono istotne statystycznie różnice w nasileniu lęku ($p = 0,000$) i depresji ($p = 0,003$) (rys. 3 i 4). Największe nasilenie lęku występowało u pacjentek z nowotworami piersi i narządów rodnych, a następnie w nowotworach układu nerwowego i tkanek miękkich i układu nerwowego. Natomiast najmniejsze nasilenie lęku dotyczyło pacjentów z nowotworem układu moczowego. Największe nasilenie depresji zaobserwowano u pacjentek z nowotworami piersi i narządów rodnych, natomiast najniższe – u pacjentów z nowotworami układu moczowego. Należy podkreślić, że nasilenie lęku w odniesieniu do rozpoznania było znacząco wyższe niż depresji.



* Zastosowana metoda: analiza wariancji ANOVA.

Rysunek 3. Lokalizacja nowotworu a lęk



* Zastosowana metoda: analiza wariancji ANOVA.

Rysunek 4. Lokalizacja nowotworu a depresja

Dyskusja

Zaburzenia lękowo-depresyjne w sposób istotny obniżają jakość życia pacjenta w trakcie leczenia onkologicznego, jak również po jego zakończeniu. W związku z tym warto rozważyć profilaktyczne diagnozowanie wszystkich pacjentów w trakcie leczenia onkologicznego w kierunku zaburzeń lękowo-depresyjnych przez personel medyczny. Jako narzędzie przesiewowe skala HADS ma dobre parametry, jest krótka i przyjazna dla badanego (co jest ważne w wypadku pacjentów w ciężkim stanie) i może być stosowana przez lekarzy, psychologów oraz pielęgniarki. Użycie skali HADS rutynowo we wczesnych badaniach przesiewowych zaburzeń lękowo-depresyjnych u pacjentów może przyspieszyć wdrożenie pomocy psychologicznej i psychiatrycznej [12, 22].

W badaniu własnym stwierdzono istotność problemu zaburzeń lękowych i depresyjnych w grupie pacjentów z chorobą nowotworową. Autorzy uważają, że analiza psychologiczna powinna być uwzględniana w diagnostyce onkologicznej. Podobne spostrzeżenia mają Pasquini i Biondi [21], którzy podkreślają istotność procedur przesiewowych służących do celów diagnozy depresji u pacjentów z chorobą nowotworową. Autorzy ci argumentują, że stan emocjonalny, w tym depresja, może wpływać na przebieg choroby i zainteresowanie leczeniem. Co więcej, nieadekwatne rozpoznanie zaburzeń lękowo-depresyjnych powoduje obniżenie jakości życia i wydłużenie hospitalizacji wśród pacjentów onkologicznych [21]. Na powszechność depresji i jej wpływ na funkcjonowanie tej grupy zwracają również uwagę Dauchy i wsp. [23]. Badacze potwierdzają wpływ stanu emocjonalnego na jakość życia, efekty leczenia oraz podejście pacjenta, np. stosunek do przestrzegania zaleceń lekarza. Ze względu na częstość występowania zaburzeń depresyjnych wśród pacjentów onkologicznych kluczowe jest zaangażowanie interdyscyplinarnego zespołu, będącego w stanie pra-

widlowo rozpoznać pierwsze objawy choroby, a następnie jej leczenie włączyć do kompleksowego planu opieki onkologicznej [23].

Uzyskane wyniki wskazują, że największe nasilenie lęku i depresji występowało u pacjentek z nowotworami piersi i narządów rodnych, przy czym nasilenie lęku w odniesieniu do rozpoznania było znacząco wyższe niż depresji. Badania te ujawniają w ten sposób drugi czynnik obciążający dla płci żeńskiej, jakim są nowotwory piersi i narządów rodnych. W badaniach Jadoona i wsp. [24] stwierdzono, że chorzy z chorobą nowotworową przejawiają większe nasilenie lęku niż chorzy z inną chorobą niż nowotworowa (66,0% vs. 40,7%). Ustalono, że większe nasilenie lęku występuje w wypadku nowotworów przewodu pokarmowego i piersi w porównaniu z innymi typami nowotworów [24].

W badaniu własnym zaobserwowano dodatnią korelację depresji z wiekiem pacjenta (odsetek pacjentów z depresją spowodowaną rozpoznaniem choroby onkologicznej zwiększa się wraz z wiekiem). Uzyskane wyniki korespondują z doniesieniami Smitha [25], według którego diagnoza nowotworowa u dzieci i młodzieży nie skutkuje większym nasileniem przygnębienia niż wśród zdrowych rówieśników. Wśród osób dorosłych zaś występują istotne statystycznie różnice w odniesieniu do zaburzeń lękowo-depresyjnych w zależności od płci badanych. W wypadku niektórych rodzajów nowotworów kobiety są nawet dwa do trzech razy bardziej narażone na ryzyko pojawienia się stanów depresyjnych niż mężczyźni. Przy czym stan emocjonalny ulega zmianie w trakcie przebiegu choroby, a najsilniejsze objawy lękowo-depresyjne towarzyszą pacjentom w czasie diagnozy. Lęk jest naturalną reakcją na zagrożenie, w tym diagnozę i leczenie choroby nowotworowej. Autorzy spodziewali się, że nasilenie lęku będzie wzrastało wraz z wiekiem pacjentów, co zostało opisane przez Trevino i wsp. [26]. Badanie własne nie wykazało takiej zależności. Stwierdzono natomiast, że wysokie nasilenie lęku występowało niezależnie od wieku pacjentów.

W prezentowanym badaniu zaobserwowano również, że najmniejsze nasilenie objawów depresji mieli pacjenci z małych miast, a największe pacjenci mieszkający na wsi. Funkcjonowanie w małej wiejskiej społeczności może wpływać na mniejsze umiejętności poszukiwania wsparcia społecznego, informacyjnego i emocjonalnego w procesie adaptacji do choroby, a to z kolei może się przyczyniać do zwiększenia ryzyka rozwoju zaburzeń lękowo-depresyjnych. Z badań Friberg i wsp. [27] przeprowadzonych w grupie pacjentów ze zdiagnozowanym nowotworem gruczołu krokowego wynika, że ryzyko wystąpienia pierwszego epizodu depresji jest większe u osób z wykształceniem podstawowym niż u osób z wykształceniem średnim i wyższym. Autorzy ci podkreślają jednak wielowymiarowe podstawy depresji, w tym wpływ czynników współistniejących (również innych chorób) i stylu życia. U pacjentów z niższym wykształceniem i niższą pozycją socjoekonomiczną częściej występują nadwaga i otyłość, co może sugerować mniejszą świadomość prozdrowotną i jednocześnie mniejszą sprawczość [28].

Pacjenci z chorobą nowotworową przebywający na rencie lub emeryturze mieli bardziej nasilone objawy depresji niż osoby chore aktywne zawodowo lub pozostające na krótkim zwolnieniu lekarskim. Jest to istotne ustalenie pokazujące, że pomimo choroby warto zachęcać pacjenta do pozostania aktywnym zawodowo, ponieważ stanowi

to czynnik ochronny dla depresji. Aktywność zawodowa łączy się również z aktywnością społeczną, co dodatkowo wspiera jakość życia i lepsze funkcjonowanie pacjenta.

Największe nasilenie lęku i depresji występowało u pacjentów z nowotworami piersi i narządów rodnych, a następnie układu nerwowego i płuc. Natomiast najmniejsze u pacjentów z nowotworem układu moczowego. Badania Nasera i wsp. [29] przeprowadzone w warunkach szpitalnych wykazały częstszą depresję wśród pacjentów z nowotworem pęcherza moczowego oraz ciężkie stany lękowe u pacjentów z rakiem płuca. Natomiast w warunkach ambulatoryjnych objawy depresji i lęku najczęściej występowały u chorych na nowotwory piersi i prostaty. Wyniki badań wskazują na konieczność okresowego badania pacjentów onkologicznych na okoliczność zaburzeń lękowych i depresyjnych [29].

Wnioski

1. Ocena czynników psychospołecznych u pacjenta chorego onkologicznie może pomóc w planowaniu opieki psychoonkologicznej i należy ją stosować u wszystkich pacjentów z chorobą nowotworową.
2. Kobiety przejawiają znacząco wyższe nasilenie zarówno lęku, jak i depresji w porównaniu z mężczyznami.
3. Wyniki badania wykazały, że u pacjentów onkologicznych wraz z wiekiem wzrasta nasilenie objawów depresyjnych.
4. Największe nasilenie depresji stwierdzono u pacjentów mieszkających na wsi, a najmniejsze u pacjentów z małych miast.
5. Pacjenci nieaktywni zawodowo z powodu choroby wykazywali znacząco większe nasilenie depresji niż osoby aktywne zawodowo lub pozostające na krótkim zwolnieniu lekarskim.
6. Największe nasilenie lęku i depresji występowało u pacjentów z nowotworami piersi i narządów rodnych, a następnie w nowotworach układu nerwowego i płuc. Najmniejsze nasilenie lęku występowało u pacjentów z nowotworami układu moczowego.

Piśmiennictwo

1. Global Burden of Disease Cancer Collaboration; Fitzmaurice C, Dicker D, Pain A, Hamavid H, Moradi-Lakeh M, MacIntyre MF i wsp. *The Global Burden of Cancer 2013*. JAMA Oncol. 2015; 1(4): 505–527. doi:10.1001/jamaoncol.2015.0735.
2. Singer S. *Psychosocial impact of cancer*. W: Goerling U, Mehnert A. red. *Psycho-oncology*. Berlin: Springer; 2018. S. 1–11.
3. Niedzwiedz CL, Knifton L, Robb KA, Srinivasa VK, Smith DJ. *Depression and anxiety among people living with and beyond cancer: A growing clinical and research priority*. BMC Cancer 2019; 19: 943. <https://doi.org/10.1186/s12885-019-6181-4>.

4. Nipp RD, El-Jawahri A, Fishbein JN, Eusebio J, Stagl JM, Gallagher ER i wsp. *The relationship between coping strategies, quality of life, and mood in patients with incurable cancer*. *Cancer* 2016; 122(13): 2110–2116. <https://doi.org/10.1002/cncr.3002>.
5. Thomas H. *Assessing and managing depression in older people*. *Nurs. Times* 2013; 109(43): 16–18.
6. Anderson CS. *Depression after stroke – Frequency, risk factors, and mortality outcomes*. *JAMA Psychiatry* 2016; 73(10): 1013–1014. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.1868.
7. Marsh L. *Depression and Parkinson's disease: Current knowledge*. *Curr. Neurol. Neurosci. Rep.* 2013; 13(12): 409. <https://doi.org/10.1007/s11910-013-0409-5>.
8. Rasmussen H, Rosness TA, Bosnes O, Salvesen Ø, Knutli M, Stordal E. *Anxiety and depression as risk factors in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease: The HUNT study*. *Dement. Geriatr. Cogn. Disord. Extra.* 2018; 8(3): 414–425. doi: 10.1159/000493973.
9. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schamale AM i wsp. *The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients*. *JAMA* 1983; 249(6): 751–757. DOI: 10.1001/jama.249.6.751.
10. Smith HR. *Depression in cancer patients: Pathogenesis, implications and treatment (Review)*. *Oncol. Lett.* 2015; 9(4): 1509–1514. <https://doi.org/10.3892/ol.2015.2944>.
11. Walden-Gałuszko de K. *Zespół depresyjny u chorych w stanie terminalnym*. *Polska Medycyna Paliatywna* 2003; 2(2): 88.
12. Massie MJ. *Anxiety, panic and phobias*. W: Holland JC, Rowland JH. red. *Handbook of psychooncology: Psychological care of the patient with cancer*. New York: Oxford University Press; 1989. S. 300–309.
13. Holland JC, Lesko LM. *Chemotherapy, endocrine therapy, and immunotherapy*. W: Holland JC, Rowland JH. *Handbook of psychooncology: Psychological care of the patient with cancer*. New York: Oxford University Press; 1989. S. 146–162.
14. Gołota S, Białczyk K, Wyszowska Z, Popiołek A, Krajnik M, Borkowska A. *Lęk i depresja u chorych na nowotwory – co tracimy?* *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2017; 11(3): 111–117.
15. Walden-Gałuszko de K. *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2014.
16. Bowers L, Boyle DA. *Depression in patients with advanced cancer*. *Clin. J. Oncol. Nurs.* 2003; 7(3): 281–288. doi: 10.1188/03.CJON.281-288.
17. Mitchell AJ, Lord K, Symonds P. *Which depressive symptoms are indicative of DSMIV depression in cancer settings? An analysis of the diagnostic significance of somatic and non-somatic symptoms*. *J. Affect. Disord.* 2012; 138(1–2): 137–148.
18. Read JR, Sharpe L, Modini M, Dear BF. *Multimorbidity and depression: A systematic review and meta-analysis*. *J. Affect. Disord.* 2017; 221: 36–46.
19. Murawiec S. *Depresja u osób z chorobą nowotworową. Rozpoznawanie i leczenie – aspekty praktyczne*. *OncoReview* 2012; 2(3): 201–208.
20. Lloyd-Williams M, Shiels C, Taylor F, Dennis M. *Depression – An independent predictor of early death in patients with advanced cancer*. *J. Affect. Disord.* 2009; 113(1–2): 127–132.
21. Pasquini M, Biondi M. *Depression in cancer patients: A critical review*. *Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health* 2007; 3: 2. doi:10.1186/1745-0179-3-2.
22. Koczyńska-Tyszko A. *Reakcje emocjonalne chorujących na nowotwór*. W: Kubacka-Jasiecka D, Łosiak W. red. *Zmagając się z chorobą nowotworową*. Kraków: Uniwersytet Jagielloński; 1999. S. 126.

23. Dauchy S, Dolbeault S, Reich M. *Depression in cancer patients*. EJC Suppl. 2013; 11(2): 205–215. doi:10.1016/j.ejcsup.2013.07.006.
24. Jadoon NA, Munir W, Shahzad MA. *Assessment of depression and anxiety in adult cancer outpatients: A cross-sectional study*. BMC Cancer 2010; 10: 594. doi: 10.1186/1471-2407-10-594.
25. Smith HR. *Depression in cancer patients: Pathogenesis, implications and treatment (Review)*. Oncol. Lett. 2015; 9(4): 1509–1514. doi:10.3892/ol.2015.2944.
26. Trevino KM, Saracino RM, Roth AJ. *A brief primer on managing anxiety in older adults with cancer*. 10.08.2020. <https://ascopost.com/issues/august-10-2020/managing-anxiety-in-older-adults-with-cancer/> (dostęp: 10.06.2021).
27. Friberg AS, Moustsen IR, Larsen SB, Hartung T, Andersen EW, Olsen MH i wsp. *Educational level and the risk of depression after prostate cancer*. Acta Oncol. 2019; 58(5): 722–729., DOI: 10.1080/0284186X.2019.1566773.
28. Larsen SB, Brasso K, Christensen J, Johansen C, Tjønneland A, Friis S i wsp. *Socioeconomic position and mortality among patients with prostate cancer: Influence of mediating factors*. Acta Oncol. 2017; 56(4): 563–568. doi: 10.1080/0284186X.2016.1260771.
29. Naser AY, Hameed AN, Mustafa N, Alwafi H, Dahmash EZ, Alyami HS i wsp. *Depression and anxiety in patients with cancer: A cross-sectional study*. Front. Psychol. 2021; 12: 585534.1–12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.585534>.

Adres: Amelia Ciuba
Zakład Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego
Szkóły Doktorskiej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
e-mail: amelia.ciuba@wum.edu.pl

Otrzymano: 18.06.2021
Zrecenzowano: 2.11.2021
Otrzymano po poprawie: 26.05.2022
Przyjęto do druku: 16.06.2022