

Przystosowanie psychiczne pacjentów do wybranych chorób nowotworowych

Patient mental adjustment to selected types of cancer

Urszula Religioni¹, Aleksandra Czerw¹, Andrzej Deptała²

¹Zakład Zdrowia Publicznego WUM

²Zakład Profilaktyki Onkologicznej WUM

Summary

Introduction. Physical symptoms related to cancer are associated with various mental conditions. An adopted attitude towards pain and disease affects the quality of life of patients and may even decide about the final outcome of therapy.

Objective. The objective of the study was to assess the degree of mental adjustment of patients diagnosed with breast, lung, colorectal and prostate cancer. The analysis also covered the effect of socioeconomic factors on mental adjustment in patients in the above groups.

Materials and methods. The study included 902 patients treated on an outpatient basis at the Center of Oncology, the Maria Skłodowska-Curie Institute in Warsaw, in the year 2013. The study participants were patients diagnosed with breast, lung, colorectal and prostate carcinoma. The Paper and Pencil Interview (PAPI) technique was applied. The questionnaire interview included demographic-type questions (socioeconomic variables) and the Mini-Mental Adjustment to Cancer (mini-MAC) scale, which measures the degree of mental adjustment to disease.

Results. The highest scores in the anxious preoccupation and helplessness-hopelessness subclasses were those of the lung, colorectal, breast and prostate cancer patients. In breast and lung cancer study participants, differences between individual categories distinguished due to socioeconomic features proved statistically insignificant. However, significant dependencies were observed between mental adjustment to disease and chemotherapy in the past year; though, the results differ with respect to the primary site.

Conclusions. The primary site affects patient adjustment to disease. Socioeconomic factors in the area of mental adaptation differentiate colorectal carcinoma patients.

Słowa kluczowe: skala mini-MAC, przystosowanie psychiczne do choroby, jakość życia

Key words: mini-MAC scale, mental adjustment to disease, quality of life

Wstęp

Zachorowanie na nowotwór nie jest jednorazowym źródłem stresu dla pacjenta. Pojawienie się choroby wywołuje zwykle długofalowe konsekwencje, obejmujące leczenie, zmaganie się ze skutkami ubocznymi leczenia, obniżoną jakością życia, a często również mniejszą zdolnością do pracy czy rzadszymi kontaktami społecznymi.

Z dolegliwościami fizycznymi związanymi z chorobą nowotworową wiążą się różnego rodzaju dolegliwości psychiczne [1]. W tym względzie bardzo ważne jest jak najszybsze reagowanie na pojawiające się symptomy psychiczne, co może w znacznym stopniu skrócić czas powrotu do samodzielności. Przyjęta postawa wobec bólu i choroby wpływa na jakość życia pacjentów, a może nawet decydować o ostatecznych efektach terapii [2].

Przystosowanie psychiczne do choroby wyraża się zarówno w procesach poznawczych, jak i w konkretnych zachowaniach pacjentów. Poszczególne rodzaje procesów poznawczych i zachowań wyrażają natomiast różny poziom nasilenia stresu i emocji, a w szczególności style radzenia sobie z własną chorobą [3]. W zależności od indywidualnych cech osobowościowych pacjentów, a także przeżytych wcześniej doświadczeń, stopień przystosowania do choroby, definiowany ogólnie jako reakcja na informacje o chorobie nowotworowej, może się znacząco różnić, a co więcej – zwykle zmienia się w czasie, w zależności od etapu leczenia [4]. Przystosowanie do choroby nie jest więc działaniem jednorazowym, ale procesem, którego celem jest przywrócenie stanu równowagi pacjenta w nowych okolicznościach oraz usunięcie dyskomfortu emocjonalnego [5].

Najczęstsze przypadki zachorowań na nowotwory w Polsce obejmują nowotwory płuc, prostaty i jelita grubego (w grupie mężczyzn) oraz nowotwory piersi, jelita grubego i płuc (w grupie kobiet) [6]. Prowadzone do tej pory badania, mające na celu ocenę przystosowania psychicznego pacjentów do choroby nowotworowej, skupiały się jednak przede wszystkim na związku pomiędzy wybraną strategią a jakością życia pacjentów [4, 7–9]. Istnieją również badania charakteryzujące sposoby przystosowania się do choroby w wybranej grupie pacjentów, np. wśród pacjentek chorych na raka piersi [10, 11], chorych na nowotwory prostaty [12, 13], nowotwory jelita grubego [14] czy nowotwory płuc [15, 16]. Znacznie rzadziej autorzy analizują wpływ zmiennych społeczno-ekonomicznych na wybraną strategię przystosowania do choroby czy porównują strategie obrane przez pacjentów cierpiących na różne rodzaje nowotworów.

Wyniki badań oceniających wpływ postaw pacjentów na skuteczność leczenia chorób nowotworowych wskazują na zależności przebiegu choroby czy skuteczności leczenia od pozytywnego nastawienia, chęci walki czy poziomu obaw i lęku pacjenta [17–19]. W związku z powyższym w badaniu zastosowano kwestionariusz obejmujący takie wymiary jak: duch walki, pozytywne przewartościowanie, zaabsorbowanie lękowe oraz bezradność–beznadziejność.

Cel

Głównym celem badawczym było ustalenie zależności pomiędzy pierwotną lokalizacją zmiany nowotworowej a przystosowaniem psychicznym pacjentów do choroby onkologicznej. Analizie poddano również zależności pomiędzy zmiennymi społeczno-ekonomicznymi a przystosowaniem psychicznym wśród osób cierpiących na nowotwory piersi, płuca, jelita grubego i prostaty. Dodatkowo dokonano weryfikacji wpływu leczenia chemioterapeutycznego na przystosowanie psychiczne do choroby.

Material i metoda

Badanie przeprowadzono wśród 902 pacjentów leczonych ambulatoryjnie w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie w 2013 roku. W badaniu uczestniczyli chorzy ze zdiagnozowanym nowotworem piersi, płuca, jelita grubego lub prostaty – nowotworami najczęściej występującymi wśród Polaków. Zastosowano technikę PAPI (Paper and Pencil Interview). Wywiad kwestionariuszowy obejmował pytania metryczkowe (zmiennie społeczno-ekonomiczne) oraz test Mini-MAC (Skala Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej, Mental Adjustment to Cancer – MAC). Kwestionariusz Mini-MAC skonstruowany został przez Watsona i wsp. [20]. Składa się on z 29 stwierdzeń i mierzy cztery sposoby radzenia sobie:

1. zaabsorbowanie lękowe (świadczące o lęku związanym z chorobą i postrzeganiu samej choroby jako zjawiska niepokojącego, niekontrolowanego i zagrażającego),
2. ducha walki (postrzeganie choroby jako wyzwania i aktywne działanie, przejawiające się m.in. w poszukiwaniu terapii zastępczych, którymi często są taniec, podróże czy aktywność fizyczna),
3. bezradność–beznadziejność (przejawiająca się poczuciem zagubienia i bezsilności, a co za tym idzie – często wycofaniem z życia i rezygnacją z aktywności zawodowej),
4. pozytywne przewartościowanie (zmiana nastawienia do życia i docenienie jego wartości w obliczu rozwijającej się choroby).

Zaabsorbowanie lękowe i bezradność–beznadziejność wchodzi w skład biernego (destrukcyjnego) stylu radzenia sobie z chorobą, a dwa pozostałe wymiary odnoszą się do aktywnego (konstruktywnego) stylu zmagania się z chorobą.

Każde stwierdzenie zawarte w teście Mini-MAC oceniane jest przez respondenta w czterostopniowej skali, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie nie”, a 4 – „zdecydowanie tak”. Punkty dla każdej ze strategii zliczane są oddzielnie na podstawie sumowania wyników uzyskanych w konkretnych stwierdzeniach, a ostateczny wynik może wynosić od siedmiu do 28 punktów. Im wyższy wynik, tym silniejsze jest nasilenie zachowań charakterystycznych dla danej strategii zmagania się z chorobą [21].

Do analizy rzetelności skali Mini-MAC obliczono współczynnik alfa Cronbacha. Współczynnik dla całego testu wyniósł 0,79. Następnie określono rzetelność dla każdego wymiaru oddzielnie (tab. 1).

Tabela 1. Rzetelność wymiarów skali Mini-MAC

Wymiar skali Mini-MAC	Alfa Cronbacha w badaniu własnym	Alfa Cronbacha w badaniu normalizacyjnym
Zaabsorbowanie lękowe	0,86	0,88
Duch walki	0,77	0,90
Bezradność–beznadziejność	0,83	0,92
Pozytywne przewartościowanie	0,55	0,87

Wysoką rzetelność uzyskano w przypadku wymiarów zaabsorbowania lękowego oraz bezradności–beznadziejności. Otrzymane wartości współczynników są nieznacznie niższe niż uzyskane w badaniu normalizacyjnym na próbie 143 pacjentów onkologicznych. Również nieco niższą rzetelność uzyskano w wymiarze ducha walki. W wymiarze pozytywnego przewartościowania różnica w rzetelności była już znamienne [21].

Wyniki testu Mini-MAC zostały zestawione z cechami społeczno-ekonomicznymi badanych: płcią, wykształceniem, statusem zawodowym, miejscem zamieszkania oraz dochodem netto na członka gospodarstwa domowego, a także z leczeniem chemioterapeutycznym w ciągu ostatniego roku.

Zastosowano dobór próby oparty na dostępności respondentów. Badanie przeprowadzone zostało z pacjentami dostępnymi w danym miejscu i czasie w Centrum Onkologii. Obrana metoda pozwoliła uzyskać próbę z cechami reprezentatywnej, dzięki czemu próba zawierała w sobie różnorodne kategorie respondentów, opierając się na losowości ich wizyt w Centrum. W próbie znaleźli się pacjenci z różnymi obszarami zmiany pierwotnej, różnej płci, pochodzący z różnych miejsc, posiadający różne wykształcenie i dochody.

Ważną cechą próby w szeroko zakrojonym badaniu ilościowym jest jej liczebność. W niniejszym badaniu wzięło udział 902 respondentów, dzięki czemu uzyskano wiarygodny materiał do porównań statystycznych i zminimalizowano ryzyko wpływu ekstremalnych przypadków na średnie wyniki.

W analizie statystycznej różnic wyników pomiędzy badanymi grupami zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA oraz test Kruskala–Wallisa, gdzie zmiennymi zależnymi były: lokalizacja zmiany pierwotnej, poszczególne czynniki społeczno-ekonomiczne, a także fakt odbywania lub nie chemioterapii przez pacjenta w ciągu ostatniego roku. W przypadku porównywania różnic pomiędzy dwiema grupami stosowano test U-Manna–Whitneya. Przyjęty poziom istotności statystycznej wynosił $p < 0,05$.

Wyniki

Strukturę próby pod względem lokalizacji pierwotnej zmiany nowotworowej przedstawia tabela 2.

Tabela 2. **Struktura próby względem lokalizacji zmiany pierwotnej**

Obszar zmiany pierwotnej	Próba
Pierś	193
Płuco	243
Jelito grube	238
Prostata	228
Razem	902

Obszar zmiany pierwotnej u respondentów wyraźnie wpływał na wyniki uzyskiwane we wszystkich wymiarach testu Mini-MAC (tab. 3–6). Istotność statystyczna dla wymiaru zaabsorbowania lękowego wyniosła $p = 0,000$, dla wymiaru ducha walki: $p = 0,000$, dla wymiaru beznadziei–beznadziejności: $p = 0,000$, dla wymiaru pozytywnego przewartościowania: $p = 0,249$. W wymiarach zaabsorbowania lękowego oraz beznadziei–beznadziejności najwyższe wyniki uzyskiwali kolejno respondenci z nowotworem: płuc, jelita grubego, piersi i prostaty. Wyniki wyraźnie były najwyższe w pierwszej grupie, zbliżone u badanych cierpiących na nowotwory jelita grubego i piersi oraz wyraźnie niższe w ostatniej grupie. W wymiarze ducha walki nie zanotowano odwrócenia wyników. Wyższe rezultaty w tym wymiarze uzyskali respondenci, u których stwierdzono nowotwór piersi (23,43) i jelita grubego (23,42), zaś niższe badani z nowotworami prostaty (22,46) i płuca (21,91).

Tabela 3. **Wyniki wymiaru zaabsorbowania lękowego wśród poszczególnych grup respondentów**

Zaabsorbowanie lękowe	N	Średnia	SD
Pierś	193	15,91	4,97
Płuco	243	16,98	5,35
Jelito grube	237	15,98	4,67
Prostata	228	14,01	4,85
Ogółem	901	15,73	5,08

SD – odchylenie standardowe

Tabela 4. **Wyniki wymiaru ducha walki wśród poszczególnych grup respondentów**

Duch walki	N	Średnia	SD
Pierś	193	23,43	3,21
Płuco	243	21,91	4,73
Jelito grube	238	23,42	3,64
Prostata	228	22,46	3,44
Ogółem	902	22,77	3,89

SD – odchylenie standardowe

Tabela 5. Wyniki wymiaru beznadziei–beznadziejności wśród poszczególnych grup respondentów

Beznadziei-beznadziejność	N	Średnia	SD
Pierś	193	11,89	4,10
Płuco	242	13,55	4,48
Jelito grube	237	12,39	4,26
Prostata	227	11,39	4,23
Ogółem	899	12,34	4,35

SD – odchylenie standardowe

Tabela 6. Wyniki wymiaru pozytywnego przewartościowania wśród poszczególnych grup respondentów

Pozytywne przewartościowanie	N	Średnia	SD
Pierś	193	22,05	3,09
Płuco	243	21,40	4,11
Jelito grube	238	22,31	2,83
Prostata	228	22,04	2,99
Ogółem	902	21,94	3,32

SD – odchylenie standardowe

Wśród badanych, u których obszarami zmiany pierwotnej były pierś i płuco, różnice pomiędzy poszczególnymi grupami, wyróżnionymi ze względu na cechy społeczno-ekonomiczne, były bardzo niewielkie. Istotność statystyczną uzyskano jedynie dla statusu zawodowego w wymiarze pozytywnego przewartościowania u chorych na nowotwór piersi oraz w wymiarze zaabsorbowania lękowego u chorych na nowotwór płuc. Niewielka różnica w średnich wynikach oraz duża różnica w liczebności osób pracujących i emerytów/rencistów wśród respondentów cierpiących na nowotwór płuc, dodatkowo podają w wątpliwość istotność otrzymanych wyników.

Inaczej wygląda sytuacja wśród badanych, u których obszarem zmiany pierwotnej jest jelito grube. Wyniki uzyskiwane w niektórych wymiarach, różnicowane są nie tylko przez status zawodowy respondentów, ale również przez miejsce ich zamieszkania oraz dochody netto na członka gospodarstwa domowego. Wyniki uzyskiwane przez osoby pracujące oraz emerytów/rencistów są bardzo zbliżone i jedynie w przypadku pozytywnego przewartościowania test wykazał różnicę istotną statystycznie: średnia emerytów/rencistów wyniosła 22,74, zaś osób pracujących – 21,76. Wielkość miejscowości zamieszkania różnicuje wymiary zaabsorbowania lękowego oraz pozytywnego przewartościowania, choć nie sposób dostrzec w ich układzie jakiejś reguły bądź tendencji. W pierwszym z wymiarów najniższą średnią uzyskali mieszkańcy największych miast: powyżej pół miliona – 14,51 i poniżej pół miliona mieszkańców – 15,56. Bardzo zbliżone wyniki, kolejno: 16,48 i 16,47,

uzyskali mieszkańcy dużych miast: do 100 tysięcy i do 50 tysięcy oraz mieszkańcy wsi – 16,93. Najwyższą średnią – 17,68 – uzyskali mieszkańcy małych miast. Średnie w wymiarze pozytywnego przewartościowania miały tendencję spadkową od 23,04 dla mieszkańców wsi, przez 22,23 dla mieszkańców małych miast, 22,06 dla mieszkańców miast do 50 tys., do 20,78 dla mieszkańców miast do 100 tys. Respondenci z największych miast mieli nieco wyższe wyniki, kolejno: 22,00 dla mieszkańców miast do pół miliona obywateli i 22,61 dla respondentów z miast powyżej pół miliona mieszkańców. W wymiarach duch walki oraz bezradność–beznadziejność wyniki pomiędzy poszczególnymi grupami mieszkańców różniły się nieznacznie, a różnice nie były istotne statystycznie.

U badanych, u których obszarem zmiany pierwotnej jest prostata, wykształcenie oraz dochód różnicują wyniki uzyskiwane w powiązanych ze sobą wymiarach zaabsorbowania lekowego oraz bezradności–beznadziejności. W obydwu przypadkach wyniki uzyskiwane w teście Mini-MAC spadają wraz ze wzrostem dochodu i wykształcenia badanych. W wymiarze zaabsorbowania lekowego średnia wyniosła 15,38 dla badanych z wykształceniem zawodowym oraz 13,16 dla badanych z wykształceniem średnim i 13,1 dla osób z wykształceniem wyższym. W ramach wymiaru bezradności–beznadziejności średnie dla respondentów z wykształceniem podstawowym i zawodowym wyniosły kolejno 13,89 i 12,66, zaś dla badanych z wykształceniem średnim i wyższym już tylko 10,77 i 10,36. Badani posiadający dochody w przedziale 300–600 zł netto na jednego członka gospodarstwa domowego w ramach pierwszego wymiaru uzyskali wynik 15,82, respondenci z dochodami od 601 do 900 zł – 14,67, badani z przedziału 901–1200 zł – 13,47, zaś respondenci o najwyższych dochodach już tylko 13,07. W wymiarze bezradności–beznadziejności średnie kształtowały się od 13,12 u badanych o najniższych dochodach, przez 11,89, 10,98, aż do 10,16 u respondentów o najwyższych dochodach.

Wśród respondentów, u których obszarem zmiany pierwotnej jest piersć, fakt odbywania bądź nie w ciągu ostatniego roku chemioterapii dzielił badanych na dwie grupy (tab. 7). Respondenci, którzy poddawali się chemioterapii, uzyskiwali wyższe wyniki w wymiarach zaabsorbowanie lekowe oraz bezradność–beznadziejność, niższe zaś w wymiarach duch walki i pozytywne przewartościowanie. Oznacza to, że najwyraźniej pacjentki poddające się chemioterapii gorzej znoszą swoją chorobę. Zaobserwowane różnice są jednak istotne jedynie w przypadku wymiaru zaabsorbowania lekowego: 17,25 u badanych leczonych i 15,43 u nieleczonych chemioterapią.

Odwrotną zależność odnotowano wśród badanych z nowotworem płuc. Wyższe wyniki w strategiach pozytywnych uzyskali respondenci, którzy w ciągu ostatniego roku poddawali się leczeniu chemioterapią. Różnice okazały się istotne statystycznie jedynie dla wymiaru ducha walki: 23,05 przy 20,99.

Jeszcze inny rozkład wyników wystąpił u chorych na nowotwór jelita grubego. Badani, którzy poddawali się chemioterapii, uzyskali wyższe wyniki we wszystkich wymiarach testu Mini-MAC, jednak jedynie w zakresie strategii negatywnych wyniki te były istotne statystycznie. W wymiarze zaabsorbowania lekowego grupa poddawana leczeniu uzyskała średnią 16,93, zaś niepoddawana leczeniu 14,90. W wymiarze bezradności–beznadziejności średnie wynosiły kolejno 13,12 i 11,57.

Tabela 7. Wyniki testu Mini-MAC z podziałem na odbywanie bądź nie chemioterapii u poszczególnych grup respondentów

Grupa	Czy jest Pan/Pani w trakcie leczenia chemioterapią?	Zaabsorbowanie łękowe	Duch walki	Bezradność– beznadziejność	Pozytywne przewartościowanie	
Piers	Tak	Średnia	17,25	23,00	12,76	21,67
		N	51	51	51	51
		SD	4,94	3,66	4,85	3,22
	Nie	Średnia	15,43	23,58	11,58	22,18
		N	142	142	142	142
		SD	4,91	3,03	3,77	3,04
	Ogółem	Średnia	15,91	23,43	11,89	22,05
		N	193	193	193	193
		SD	4,97	3,21	4,10	3,09
Płuco	Tak	Średnia	16,74	23,05	13,08	21,97
		N	109	109	108	109
		SD	5,30	3,86	4,24	3,31
	Nie	Średnia	17,16	20,99	13,93	20,93
		N	134	134	134	134
		SD	5,40	5,17	4,64	4,62
	Ogółem	Średnia	16,98	21,91	13,55	21,40
		N	243	243	242	243
		SD	5,35	4,73	4,48	4,11
Jelito grube	Tak	Średnia	16,93	23,57	13,12	22,40
		N	126	127	126	128
		SD	4,72	3,67	4,32	2,94
	Nie	Średnia	14,90	23,25	11,57	22,21
		N	111	111	111	110
		SD	4,39	3,61	4,05	2,70
	Ogółem	Średnia	15,98	23,42	12,39	22,31
		N	237	238	237	238
		SD	4,67	3,64	4,26	2,83
Prostata	Tak	Średnia	13,95	22,62	11,49	22,82
		N	39	39	39	39
		SD	5,12	3,80	4,72	2,95
	Nie	Średnia	14,02	22,43	11,37	21,88
		N	189	189	188	189
		SD	4,81	3,37	4,13	2,98
	Ogółem	Średnia	14,01	22,46	11,39	22,04
		N	228	228	227	228
		SD	4,85	3,44	4,23	2,99

SD – odchylenie standardowe

Dyskusja

W obliczu choroby nowotworowej pacjentów charakteryzują dwie ogólne, skrajne postawy przystosowania do nowej sytuacji: aktywna, mająca na celu walkę pacjenta o własne życie i zdrowie, oraz pasywna, prowadząca zwykle do rezygnacji lub pogodzenia się z losem [22, 23]. Postawa aktywna w badaniu własnym charakteryzowała w największym stopniu pacjentów chorych na nowotwór jelita grubego oraz nowotwór piersi. Badania wskazują, iż aktywne zmaganie się z chorobą nowotworową wpływa zarówno na lepszą jakość życia, jak i dłuższe przeżycie czy występowanie łagodniejszych dolegliwości [17, 19, 20]. Aktywne zmaganie z chorobą nastawione jest zarówno na walkę, jak i poszukiwanie przez pacjentów emocjonalnego i instrumentalnego wsparcia [24]. Aktywnej strategii przystosowania do choroby nowotworowej odpowiadają dwa wymiary skali Mini-MAC. Pozytywne przewartościowanie, dla którego najwyższy wynik w badaniu własnym uzyskali chorzy na nowotwór jelita grubego, pozwala pacjentom spojrzeć na swoją chorobę jako na jeden z etapów, który może być impulsem do wprowadzenia zmian w życiu pacjenta. Wymiar ducha walki, w którym najwyższe średnie wyniki w badaniu własnym uzyskali chorzy na nowotwór piersi, oznacza koncentrację na konkretnym problemie, jakim jest choroba, oraz podjęcie we współpracy z lekarzami działań, które będą zmierzały do wyleczenia.

W badaniu własnym, w wymiarach zaabsorbowanie lękowe oraz bezradność–beznadziejność, najwyższe wyniki uzyskiwali kolejno respondenci z nowotworem: płuc, jelita grubego, piersi i prostaty. Pacjentów z nowotworem płuca (ze średnią 13,55 dla obszaru bezradność–beznadziejność oraz 16,98 dla obszaru zaabsorbowanie lękowe) charakteryzuje więc pasywny styl przystosowania do choroby, charakteryzujący się najczęściej rezygnacją, utratą nadziei, traktowaniem choroby jako niesprawiedliwej kary, ale równie często przejawia się poprzez wypieranie, tłumienie emocji czy zewnętrzne umiejscowienie kontroli (wiara w uzdrowienie dzięki lekarzom czy sile wyższej) [4]. Badania Juczyńskiego wskazują na podobny rozkład w wymiarze bezradności–beznadziejności, jednak jednocześnie na wyższe wyniki zaabsorbowania lękowego wśród chorych z nowotworem prostaty, a niższe dla raka piersi (odpowiednio 22,10 oraz 20,10). W obszarze ducha walki, w badaniu własnym ukazano najwyższe średnie dla nowotworu piersi (23,43) i jelita grubego (23,42), podczas gdy Juczyński wskazał na nowotwór prostaty (23,90) [21].

Malicka i wsp. zwracają również uwagę na wpływ aktywności fizycznej na postawy wobec choroby. Badając grupę 36 kobiet po leczeniu raka piersi, wywnioskowali, iż pacjentki, które biorą udział w co najmniej pięciu rodzajach aktywności tygodniowo, posiadają wyższe wartości w obrębie wymiaru ducha walki. Szczególnie istotną rolę w tym aspekcie odgrywały wycieczki krajoznawcze oraz taniec, które wpłynęły również na wyższe wartości testu Mini-MAC w obszarach: pozytywne przewartościowanie oraz styl konstruktywny [25]. W przypadku badań własnych pacjentki z rakiem piersi w wymiarze pozytywnego przewartościowania uzyskały średnią 22,05 – niższą jedynie od pacjentów z rakiem jelita grubego. Konstruktywny styl zmagania się z chorobą cechował jednak w wyższym stopniu zarówno pacjentów z nowotworem jelita grubego, jak i płuca. Tego rodzaju zależności potwierdzili również inni badacze, m.in.

Lueboonthavatchai [1] czy Pinto i wsp. [26]. Dowiedzione jest ponadto, iż aktywne postawy przystosowania do choroby wpływają pozytywnie na efekty leczenia [27].

Badania Juczyńskiego, prowadzone wśród kobiet cierpiących na raka piersi, wskazały, że średni wynik konstruktywnego stylu radzenia sobie z chorobą był równy 40,3, a destrukcyjnego 35,8 (w badaniu własnym odpowiednio 44,48 i 27,8). W przypadku raka prostaty wartości te wynosiły odpowiednio 46,2 oraz 36,6 (w badaniu własnym 44,5 oraz 25,4). W przypadku pacjentów z nowotworami jelita grubego średni wynik dla stylu konstruktywnego wyniósł 36,56, a dla destrukcyjnego 39,94 [21] (w badaniu własnym odpowiednio 45,73 oraz 28,37).

Michałowska-Wieczorek zwraca uwagę na różnice w radzeniu sobie z chorobą w grupach kobiet i mężczyzn [28]. Badając grupę 150 osób chorych na nowotwory sutka, jajnika, płuca i prostaty, wskazała, iż kobiety częściej wybierają strategię ducha walki, zgodnie z którą choroba traktowana jest jako wyzwanie. Mężczyźni natomiast znacznie częściej wykazują zaabsorbowanie lękowe, wyrażające się w niepokoju i strachu wobec danej sytuacji. Mężczyźni również znacznie częściej wykazują poczucie bezradności i beznadziejności w chorobie. Jediną strategią, która nie różni obu grup, jest pozytywne przewartościowanie. W badaniu własnym w przypadku żadnego typu nowotworu nie stwierdzono jednak statystycznie istotnych różnic pomiędzy grupami kobiet i mężczyzn.

Kozak zwraca również uwagę na związek pomiędzy poziomem akceptacji choroby a przyjętą strategią przystosowania psychicznego [29]. Wyniki badań prowadzonych wśród pacjentów chorych na raka żołądka, raka narządów rodnych, raka trzustki, raka jelita grubego czy raka prostaty wskazują, że im wyższy stopień akceptacji choroby, tym większe znaczenie ma strategia ducha walki i tym mniejszy poziom zaabsorbowania lękowego, bezradności i beznadziejności. Kozak wskazuje również, iż zaabsorbowanie lękowe, bezradność i beznadziejność maleją wraz z wiekiem pacjenta. Analizując style przystosowania psychicznego do choroby z uwagi na lokalizację zmiany pierwotnej, wyniki badania Kozak ukazują, iż najwyższe wyniki dla strategii ducha walki wykazują pacjentki z nowotworem narządów rodnych (23,95), a najniższe pacjenci z nowotworem trzustki i prostaty (odpowiednio 15,63 i 15,68). Odwrotnie – styl bezradności i beznadziejności występuje w największym stopniu u pacjentów chorujących na raka prostaty (24,32) lub trzustki (21,22), w najmniejszym zaś wśród pacjentek z nowotworem narządów rodnych (średnia 13,7). Mimo iż w badaniu własnym pacjenci chorzy na nowotwór prostaty uzyskali nieco niższy wynik w wymiarze ducha walki (22,46) niż pacjenci chorzy na nowotwór piersi (23,43) czy jelita grubego (23,42), w obszarze bezradności–beznadziejności średnia dla tej grupy pacjentów była najniższa (11,39).

Wiele badań wskazuje, iż przyjęte strategie radzenia sobie z chorobą różnią się w zależności od upływu czasu od postawienia diagnozy i etapu leczenia [17, 30, 31]. W badaniu Szczepańskiej-Gierachy i wsp. wśród pacjentek, u których zdiagnozowano nowotwór piersi lub nowotwór narządów rodnych, które leczone były ambulatoryjnie, średnia wartość dla strategii ducha walki wyniosła 24,1. Średnia dla pacjentek po leczeniu wyniosła 11,1. Podobnie – strategia pozytywnego przewartościowania, w miarę upływu czasu od postawienia diagnozy, przyjmuje coraz niższe wartości. Strategie bezradności i zaabsorbowania lękowego, niezależnie od upływu czasu po

leczeniu pacjentek, pozostają na tym samym poziomie [32]. Podobne wyniki uzyskano w badaniu własnym. Wykazało ono, iż w przypadku pacjentek chorych na raka piersi fakt poddania się leczeniu (chemioterapii) zmniejszał średnie ich wyniki w obszarach ducha walki i pozytywne przewartościowanie, wpływając jednak jednocześnie na wzrost wyników w wymiarach zaabsorbowanie lękowe oraz bezradność–beznadziejność.

Wiele badań wskazuje również na fakt odnajdywania przez niektórych pacjentów korzyści w chorobie – pozytywnych zmian, jakie choroba wnosi do życia chorego [7, 8]. Tego rodzaju postrzeganie choroby związane jest silnie ze strategią ducha walki, a odwrotnie skorelowane jest z brakiem nadziei i bezradnością, a więc w konsekwencji wpływa pozytywnie na przystosowanie do choroby [9].

Przyjęty rodzaj przystosowania do choroby istotnie oddziałuje na jakość życia pacjentów. Johansson i wsp. stwierdzili, że pacjenci, którzy przyjmują wysoki poziom bezradności oraz zaabsorbowania lękowego, znacznie niżej oceniają jakość swojego życia [33]. Do podobnych wniosków doszli Thome i Halberg [34]. Badania Laarhove-na wskazują natomiast, iż strategia ducha walki pozytywnie wpływa na jakość życia pacjentów [35].

Wnioski

1. Obszar występowania pierwotnej zmiany nowotworowej u pacjentów wpływa na przyjmowane postawy wobec przystosowania psychicznego do choroby.
2. Czynniki społeczno-ekonomiczne najmocniej różnicują pacjentów chorych na raka jelita grubego. Na postawy wobec przystosowania psychicznego do choroby wpływa status zawodowy, miejsce zamieszkania i dochód netto na członka gospodarstwa domowego.
3. Istnieje zależność pomiędzy przyjętymi postawami przystosowania psychicznego do choroby a faktem odbycia chemioterapii w ciągu ostatniego roku, choć wyniki te różnią się w zależności od lokalizacji zmiany pierwotnej respondenta.
4. Znając zróżnicowanie czynników przyczyniających się do obrania przez pacjentów wybranej strategii przystosowania do choroby nowotworowej, zaplanować można konkretne działania psychoterapeutyczne dla tej grupy osób, które mogłyby być uzupełnieniem standardowego procesu leczenia.
5. Konstruktywne strategie przystosowania do choroby powinny stanowić ważny element edukacji zarówno psychologów i lekarzy, jak i samych pacjentów.
6. Uzyskane przez autorów wyniki mogą być zachętą do prowadzenia szerszych badań w analizowanym obszarze, w tym wśród pacjentów cierpiących na inne choroby przewlekłe.

Piśmiennictwo

1. Lueboonthavatchai P. *Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients*. J. Med. Assoc. Thai. 2007; 90(10): 2164–2174.

2. Greer S, Morris T, Pettingale K. *Psychological response to breast cancer diagnosis: effect on outcome*. Lancet 1979; 13(2): 785–787.
3. Juczyński Z. *Psychoonkologiczne wyznaczniki przystosowania się do choroby nowotworowej*. Psychoonkologia 1997; 1: 1–10.
4. Malicka I, Szczepańska J, Anioł K, Rymaszewska J, Woźniewski M. *Zaburzenia nastroju i strategie przystosowania do choroby u kobiet leczonych operacyjnie z powodu nowotworu piersi i narządów rodnych*. Współcz. Onkol. 2009; 13(1): 41–46.
5. Kulpa M, Owczarek K, Stypuła-Ciuba B. *Przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej a jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia u chorych onkologicznych*. Med. Paliat. 2013; 5(3): 106–113.
6. Tuchowska P, Worach-Kardas H, Marcinkowski JT. *Najczęstsze nowotwory złośliwe w Polsce – główne czynniki ryzyka i możliwości optymalizacji działań profilaktycznych*. Probl. Hig. Epidemiol. 2013; 94(2): 166–171.
7. Katz RC, Flasher L, Cacciapaglia H, Nelson S. *The psychosocial impact of cancer and lupus: A cross validation study that extends the generality of „benefit-finding” in patients with chronic disease*. J. Behav. Med. 2001; 24: 561–571.
8. Urcuyo KR, Boyers AE, Carver CS, Antoni MH. *Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being*. Psychol. Health 2005; 20: 175–192.
9. Carver CS, Antoni MH. *Finding benefit in breast cancer during the year after predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis*. Health Psychol. 2004; 23: 595–598.
10. Compas BE, Luecken L. *Psychological adjustment to breast cancer*. Curr. Dir. Psychol. Sci. 2002; 11(3): 111–114.
11. Osowiecki, DM, Compas BE. *A prospective study of coping, perceived control and psychological adjustment to breast cancer*. Cogn. Ther. Res. 1999; 23: 169–180.
12. Bloch S, Love A, Macvean M, Duchesne G, Couper J, Kissane D. *Psychological adjustment of men with prostate cancer: a review of the literature*. Biopsychosoc. Med. 2007; 1: 2.
13. Love AW, Scealy M, Bloch S, Duchesne G, Couper J, Macvean M. i wsp. *Psychosocial adjustment in newly diagnosed prostate cancer*. Aust. N. Z. J. Psychiatry 2008; 42(5): 423–429.
14. Alvarado-Aguilar S, Guerra-Cruz HG, Cupil-Rodríguez AL, Calderillo-Ruiz G, Oñate-Ocaña LF. *Psychosocial adjustment in colorectal cancer patients undergoing chemotherapy or chemoradiotherapy*. Cir. Cir. 2011; 79(5): 439–446.
15. Kurita K, Garon EB, Stanton AL, Meyerowitz BE. *Uncertainty and psychological adjustment in patients with lung cancer*. Psychooncology 2013; 22(6): 1396–1401.
16. Badr H, Taylor CL. *Effects of relationship maintenance on psychological distress and dyadic adjustment among couples coping with lung cancer*. Health Psychol. 2008; 27(5): 616–627.
17. Bussel V, Naus M. *A longitudinal investigation of coping and posttraumatic growth in breast cancer survivors*. J. Psychosoc. Oncol. 2010; 28: 61–78.
18. Halstead MT, Fernsler JI. *Coping strategies of long-term cancer survivors*. Cancer Nurs. 1994; 17(2): 94–100.
19. Stanton AL, Ganz PA, Rowland JH, Meyerowitz BE, Krupnick JL, Sears SR. *Promoting adjustment after treatment for cancer*. Cancer 2005; 104(11 suppl.): 2608–2613.
20. Watson M, Law M, Santos M, Greer S, Baruch J, Bliss J. *The Mini-MAC: further development of the Mental Adjustment to Cancer Scale*. J. Psychosoc. Oncol. 1994; 12(3): 33–46.
21. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2001.

22. Pettingale KW. *Doping and cancer prognosis*. J. Psychosom. Res. 1984; 28: 363–364.
23. Morris T, Pettingale KW, Haybittle JL. *Psychological response to cancer diagnosis and disease outcome in patient with breast cancer and lymphoma*. Psychooncology 1992; 1(2): 105–114.
24. Lechner SC, Zakowski SG, Antoni MH, Greenhawt M, Block K, Block P. *Do sociodemographic and disease-related variables influence benefit-finding in cancer patients?* Psychooncology 2003; 12: 491.
25. Malicka I, Szczepańska-Gieracha J, Jankowska E, Woźniewski M, Rymaszewska J. *Aktywność fizyczna, satysfakcja z życia oraz przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej u kobiet po leczeniu raka piersi*. Współcz. Onkol. 2011; 15(3): 180–185.
26. Pinto B, Trunzo J, Reiss P, Shiu SY. *Exercise participation after diagnosis of breast cancer: trends and effects on mood and quality of life*. Psychooncology 2002; 11: 389–400.
27. Dean C, Surtees P. *Do psychological factors predict survival in breast cancer?* J. Psychosom. Res. 1989; 33: 561–569.
28. Michałowska-Wieczorek I. *Rola wsparcia w zmaganiu się z chorobą nowotworową*. Psychoonkologia 2006; 10(2): 51–56.
29. Kozak G. *Zróżnicowanie strategii radzenia sobie z nowotworem chorych w przebiegu wybranych nowotworów złośliwych*. Anest. Ratow. 2012; 6: 162–170.
30. Taylor S. *Przystosowanie do zagrażających wydarzeń*. Now. Psychol. 1984; 6: 15–37.
31. Sears SR, Stanton AL, Danoff-Burg S. *The yellow brick road and the emerald city: benefit finding, positive reappraisal, and posttraumatic growth in women with early stage breast cancer*. Health Psychol. 2003; 22: 487–497.
32. Szczepańska-Gieracha J, Malicka I, Rymaszewska J, Woźniewski M. *Przystosowanie psychologiczne kobiet bezpośrednio po operacji onkologicznej i po zakończeniu leczenia*. Współcz. Onkol. 2010; 14(6): 403–410.
33. Johansson E, Steineck G, Holmberg L, Johansson JE, Nyberg T, Ruutu M i wsp. *Long-term quality-of-life outcomes after radical prostatectomy or watchful waiting: the Scandinavian Prostate Cancer Group-4 randomised trial*. Lancet Oncol. 2011; 12: 891–899.
34. Thome B, Hallberg IR. *Quality of life in older people with cancer – a gender perspective*. Eur. J. Cancer Care 2004; 13: 454–463.
35. Van Laarhoven HW, Schilderman J, Bleijenberg G, Donders R, Vissers KC, Verhagen CA. i wsp. *Coping, quality of life, depression, and hopelessness in cancer patients in a curative and palliative, end-of-life care setting*. Cancer Nurs. 2011; 34: 302–314.

Adres: Urszula Religioni
Zakład Zdrowia Publicznego WUM
02-079 Warszawa, ul. Banacha 1a

Otrzymano: 26.11.2014
Zrecenzowano: 22.04.2015
Otrzymano po poprawie: 29.05.2015
Przyjęto do druku: 1.06.2015