

OCENA POZIOMU PRZYSTOSOWANIA PSYCHICZNEGO DO ŻYCIA Z RAKIEM TARCZYCY – CZĘŚĆ PIERWSZA

Assessment of the level of mental adjustment to life with thyroid cancer – part one



Jolanta A. Glińska¹, Małgorzata Marchlewska², Łukasz Dziki³, Beata Kunikowska¹, Adam Dziki⁴

¹Zakład Teorii Pielęgniarstwa i Umiejętności w Pielęgniarstwie, Katedra Nauczania Pielęgniarstwa, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

²Studentka Oddziału Pielęgniarstwa i Położnictwa, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

³Oddział Kliniczny Chirurgii Klatki Piersiowej i Rehabilitacji Oddechowej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

⁴Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2019; 1: 38–43

Praca wpłynęła: 26.11.2018; przyjęto do druku: 18.02.2019

Adres do korespondencji:

Jolanta A. Glińska, Zakład Teorii Pielęgniarstwa i Umiejętności w Pielęgniarstwie, Katedra Nauczania Pielęgniarstwa, Uniwersytet Medyczny w Łodzi,
ul. S. Jaracza 63, 90-251 Łódź, e-mail: jolanta.glińska@umed.lodz.pl

Streszczenie

Wstęp: Pojawienie się choroby nowotworowej zmienia całkowicie życie i funkcjonowanie osoby chorej. Jak każda choroba przewlekła rak niesie ze sobą długofalowe konsekwencje obniżające jakość życia. Wpływa na wszystkie wymiary funkcjonowania chorego, w tym również na wymiar psychiczny.

Cel pracy: Określenie poziomu przystosowania psychicznego do życia osób z rakiem tarczycy.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono w Klinice Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Łodzi wśród 100 pacjentów, w tym 50 z nowo rozpoznany rakiem tarczycy i 50 ze wznową raka. Wykorzystano w nich ankietę własną, standaryzowany kwestionariusz Mini-MAC (skale przystosowania psychicznego do choroby) oraz skalę satysfakcji z życia.

Wyniki: Wśród ankietowanych było więcej kobiet – 64%, w tym 35% z nowo rozpoznany rakiem, a 29% ze wznową. Największą grupę ankietowanych (39%) stanowiły osoby w wieku od 36 do 50 lat – 21% ze wznową choroby i 18% z nowo rozpoznany rakiem. Najczęściej wybieraną przez respondentów reakcją na chorobę – zarówno nowo rozpoznaną, jak i wznową – były strach i obawa.

Wnioski: Osoby z nowo rozpoznany rakiem tarczycy miały pozytywną postawę wobec choroby i charakteryzowały się chęcią poszukiwania informacji, natomiast osoby ze wznową reprezentowały głównie postawy negatywne. Wyższy poziom przystosowania konstruktywnego zaobserwowano u osób z nowo rozpoznany chorobą. Wyższy poziom przystosowania do choroby wpływa na zwiększenie oceny satysfakcji z życia osób z nowo rozpoznany rakiem tarczycy i z jego wznową.

Słowa kluczowe: rak tarczycy, przystosowanie psychiczne, jakość życia.

Summary

Introduction: The diagnosis of cancer completely changes the life and functioning of a sick person. Like any chronic disease, it has long-term consequences that reduce the quality of life.

Aim of the study: To determine the level of psychological adaptation to the life of people with thyroid cancer.

Material and methods: The study was conducted in the General and Endocrinological Surgery Clinic of the Provincial Specialist Hospital in Łódź, among 100 patients, including 50 with newly diagnosed thyroid cancer and 50 with recurrent thyroid cancer. The self-conducted questionnaire, a standardised Mini-MAC questionnaire (Scale of Psychic Adjustment to Disease) and the Satisfaction with Life Scale (SWLS) were used to conduct the research.

Results: Among the respondents there were more women – 64%, including 35% with newly diagnosed cancer, and 29% were women who had become ill once again. The largest group of respondents were people aged 36 to 50 years, comprising 39%, including 21% with recurring cancer, and 18% with newly diagnosed cancer. Among all respondents, both the newly diagnosed and the recurrent, the most frequently chosen reaction to the disease was „fear and fear”.

Conclusions: People with newly diagnosed thyroid cancer respond to the disease with a positive attitude and a desire to seek information, whereas people with recurrent thyroid cancer react with negative attitudes. A higher level of constructive adaptation was observed in people with newly diagnosed disease. A higher level of adaptation to the disease increases the assessment of life satisfaction of people with newly diagnosed thyroid cancer and its recurrence.

Key words: thyroid cancer, psychological adaptation, quality of life.

Wstęp

Diagnoza choroby nowotworowej zmienia całkowicie życie i funkcjonowanie nie tylko osoby chorej, lecz także całej jej rodziny i bliskich. Zagadnieniem dość często poruszonym w onkologii jest więc aspekt psychologiczny. Niestety diagnoza nowotworu często jest odbierana przez pacjenta jako wyrok, na który nie ma on wpływu. Efektem tego może być wycofanie się z procesu leczenia lub zaprzeczanie choroby, co z pewnością ma negatywny wpływ na ostateczny wynik zastosowanego leczenia. Niezależnie od rozważań na temat powiązań między stanem psychicznym a rozwojem i przebiegiem chorób nowotworowych na podstawie zbiorczych badań i danych udowodniono, że u ponad 40% cierpiących na nowotwory stwierdza się zaburzenia afektywne. Równolegle do badań i obserwacji klinicznych zajmujących się wpływem *psyche* na rozwój nowotworu tworzone były różne modele teoretyczne, mające na celu całościowe opisanie sytuacji życiowej pacjentów z chorobą nowotworową. Zwracano w nich uwagę nie tylko na procesy adaptacji i sposoby radzenia sobie z chorobą, lecz także na wpływ diagnostyki i kolejnych etapów leczenia na funkcjonowanie i stan psychiczny danego pacjenta [1].

Pierwszą teorią uwzględniającą fazy behawioralnego i emocjonalnego przystosowania się do perspektywy śmierci stworzyła w 1969 r. Kubler-Ross. Autorka podzieliła proces adaptacji do choroby nowotworowej na pięć etapów: zaprzeczenie, gniew, targowanie się, depresję, akceptację. Niestety wyniki badań prowadzonych przez kolejne lata nie do końca potwierdziły słuszność powyższej teorii. Ich wyniki wskazywały na fakt, że wielu pacjentów z chorobą nowotworową nie przechodziło wszystkich pięciu etapów. Dodatkowo zachowania i procesy emocjonalne uznane przez Kubler-Ross za charakterystyczne dla konkretnych etapów adaptacji pojawiały się także w dowolnej konfiguracji na innych etapach [1].

W 1983 r. Taylor zaproponowała teorię adaptacji poznawczej. W odróżnieniu od pozostałych zwraca ona szczególną uwagę na zachodzące procesy poznawcze, a nie na zachowania i emocje chorego. Pomimo powstawania licznych teorii i wielu modeli hipotetycznych na temat związku *psyche* z chorobą nowotworową niestety nadal nie stworzono jednolitego, spójnego modelu [1]. Należy również zaznaczyć, że w przebiegu choroby znaczenie mają nie tylko kolejne etapy procesu adaptacji, lecz także sposób jej postrzegania. Dlatego wg koncepcji Lazarusa zmiana sytuacji życiowej danej osoby ze względu na chorobę może być przez nią oceniana jako: strata/krzywda, zagrożenie lub wyzwanie [2]. Zdaniem Obuchowskiej istnieją trzy uniwersalne czynniki, które obciążają psychicznie pacjentów z chorobą nowotworową: poczucie zagrożenia związane z utratą bezpieczeństwa, ból oraz ograniczenie aktywności. U pacjentów chorych na raka tarczycy poczucie zagrożenia i lęku mogą być wywołane zarówno przez

sam fakt zdiagnozowania choroby nowotworowej, jak i przez procedury medyczne [3].

Cel pracy

Celem pracy było ustalenie, czy czynniki demograficzne, takie jak płeć i wiek, mają wpływ na poziom przystosowania do choroby. Zbadano również reakcje na chorobę oraz podjęto próbę określenia, czy poziom przystosowania psychicznego do choroby wpływa istotnie na ocenę satysfakcji z życia pacjentów z nowo rozpoznany rakiem tarczycy i z jego wznową.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w Klinice Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Łodzi wśród 100 pacjentów, w tym 50 z nowo rozpoznany rakiem tarczycy i 50 ze wznową. Głównymi kryteriami kwalifikującymi do badania były wiek powyżej 1. roku życia oraz zdiagnozowany rak tarczycy. Do przeprowadzenia badań wykorzystano ankietę własną składającą się z 10 pytań odnoszących się do danych demograficznych oraz standaryzowany kwestionariusz Mini-MAC (skala przystosowania psychicznego do choroby) opracowany przez Watsona i wsp. Polska adaptacja autorstwa Luczyńskiego mierzy cztery sposoby radzenia sobie z nowotworem: zaabsorbowanie lękowe, ducha walki, bezradność-beznadziejność i pozytywne przewartościowanie. Zakres możliwych wyników każdej z czterech strategii mieści się w granicach od 7 do 28 pkt. Im wyższy wynik, tym większe jest nasilenie zachowań charakterystycznych dla danego sposobu zmagania się z chorobą. Wyniki w granicach 1–4 stena traktuje się jako niskie, 5–6 przeciętne, a 7–10 wysokie [4]. Do oceny satysfakcji życiowej zastosowano skalę satysfakcji z życia (SWLS) w adaptacji Luczyńskiego. Zakres wyników mieści się w granicach 5–35 pkt. Im wyższy wynik, tym wyższy stopień satysfakcji z życia [4].

Ocenę wyników oparto na analizie statystycznej. Potwierdzono zgodność rozkładu zmiennych z rozkładem normalnym z zastosowaniem testu Kołomogorowa-Smirnowa. Pozwoliło to na wykorzystanie w pracy procedur parametrycznych, tj. testu t dla dwóch prób niezależnych, analizy wariancji ANOVA, testu χ^2 oraz analizy regresji. W analizach statystycznych przyjęto poziom istotności $p = 0,05$. Projekt badawczy uzyskał zgodę Komisji Bioetyki (nr RNN/574/14/KB).

Wyniki

Wśród ankietowanych większą grupę stanowiły kobiety – 64%, w tym 35% z nowo rozpoznany raka

kiem, a 29% kobiety, które zachorowały po raz kolejny. Respondentów płci męskiej ze wznową raka było 21%, natomiast z rakiem rozpoznany po raz pierwszy 14%. Największą grupą spośród wszystkich ankietowanych były osoby w wieku od 36 do 50 lat (39%), zaś najmniejszą – osoby powyżej 65. roku życia (12%). Osób młodych w przedziale do 35. roku życia również było niewiele – łącznie 22%.

Na pierwszym etapie badań analizowano wpływ płci i wieku na poziom przystosowania się do choroby.

Analiza danych nie wykazała istotnej różnicy statystycznej pomiędzy płciami dotyczącej strategii radzenia sobie z chorobą, tj. zaabsorbowania lękowego, $t(98) = -1,63$; *ni.*; ducha walki, $t(98) = -0,63$; *ni.*; bezradności-beznadziejności, $t(98) = -0,68$; *ni.* oraz pozytywnego przewartościowania, $t(98) = -0,07$; *ni.* W badanej grupie styl konstruktywny (reprezentowany przez strategię ducha walki oraz pozytywnego przewartościowania) oraz destrukcyjny (obejmujący strategię bezradności-beznadziejności i zaabsorbowania lękowego) osiągnęły zbliżone wyniki. U kobiet styl konstruktywny kształtował się na poziomie 41,1 pkt, co odpowiada 6 stenom, czyli wartości przeciętnej. Styl destrukcyjny w wartości surowej osiągnął 37,53 pkt, co jest równe 5 stenom i także odpowiada wartości przeciętnej. U mężczyzn było to odpowiednio 41,5 pkt oraz 40,05 pkt (tab. 1).

Tabela 1. Strategie radzenia sobie kobiet i mężczyzn z rakiem tarczycy

Zmienna	Płeć	n	M	SD
Zaabsorbowanie lękowe	Kobieta	64	20,89	5,59
	Mężczyzna	36	22,58	3,67
Duch walki	Kobieta	64	21,08	3,00
	Mężczyzna	36	21,44	2,36
Bezradność-beznadziejność	Kobieta	64	16,64	5,88
	Mężczyzna	36	17,47	5,80
Pozytywne przewartościowanie	Kobieta	64	20,02	2,84
	Mężczyzna	36	20,06	2,83

M – średnia arytmetyczna, *SD* – odchylenie standardowe

Kolejnym celem szczegółowym było określenie strategii radzenia sobie z chorobą przez osoby z nowo rozpoznany rakiem tarczycy i ze wznową. Osoby z nowo rozpoznany rakiem w porównaniu z chorymi ze wznową częściej wybierały ducha walki oraz pozytywne przewartościowanie (styl konstruktywny), rzadziej zaś zaabsorbowanie lękowe i bezradność-beznadziejność (styl destrukcyjny).

U osób z nowo rozpoznany chorobą strategia destrukcyjna była na poziomie niskim (wynik surowy 31,62 pkt; 4 steny), a konstruktywna mieściła się w dolnym pułapie wyniku wysokiego (44,6 pkt; 7 stenów). U chorych ze wznową strategia destrukcyjna przeważała nad konstruktywną (odpowiednio: wynik surowy 45,26 pkt, 7 stenów i wynik surowy 39,88 pkt, 6 stenów). Stwierdzono istotne statystycznie różnice pomiędzy badanymi grupami w poziomie strategii radzenia sobie z chorobą, tj. zaabsorbowania lękowego, $t(98) = -7,81$; $p < 0,05$; ducha walki, $t(98) = 1,86$; $p < 0,05$; bezradności-beznadziejności, $t(98) = -8,26$; $p < 0,05$ oraz pozytywnego przewartościowania, $t(98) = 3,14$; $p < 0,05$ (tab. 2).

Wśród wszystkich respondentów najczęściej wybraną reakcją na chorobę były strach i obawa, zarówno u osób ze wznową raka (56%), jak i z nowo rozpoznany chorobą (48%). Połowa ankietowanych, u których rozpoznano raka po raz pierwszy, wierzyła, że musi być dobrze i wyzdrowieją. Osoby te częściej szukały informacji o swojej chorobie. Wśród wszystkich badanych tylko 1 osoba nie przejmowała się i lekceważyła ustalone rozpoznanie – należała ona do grupy ze wznową raka tarczycy. Zaobserwowano także, że załamanie częściej występowało u pacjentów, którzy usłyszeli diagnozę raka po raz kolejny. Podobną sytuację odnotowano przy strategii zaprzeczania chorobie. Stwierdzono istotne statystycznie różnice pomiędzy badanymi grupami pod względem sposobów reakcji na chorobę, $\chi^2(7) = 53,89$; $p < 0,001$ (tab. 3).

Stwierdzono ponadto istotne statystycznie różnice pomiędzy badanymi grupami w zakresie sposobów traktowania choroby, $\chi^2(7) = 35,29$; $p < 0,001$. Osoby

Tabela 2. Strategie radzenia sobie osób z nowo rozpoznany rakiem tarczycy i ze wznową raka

Zmienna	Grupa	n	M	SD
Zaabsorbowanie lękowe	Osoby z nowo rozpoznany rakiem	50	18,40	4,73
	Osoby ze wznową raka	50	24,60	3,03
Duch walki	Osoby z nowo rozpoznany rakiem	50	22,72	2,71
	Osoby ze wznową raka	50	20,70	2,78
Bezradność-beznadziejność	Osoby z nowo rozpoznany rakiem	50	13,22	4,00
	Osoby ze wznową raka	50	20,66	4,96
Pozytywne przewartościowanie	Osoby z nowo rozpoznany rakiem	50	21,88	2,61
	Osoby ze wznową raka	50	19,18	2,80

M – średnia arytmetyczna, *SD* – odchylenie standardowe

Tabela 3. Rozkład liczbowo-procentowy sposobu reakcji na chorobę u osób z nowo rozpoznany rakiem tarczycy i z jego wznową

Reakcja na wiadomość o chorobie	Osoby z nowo rozpoznany rakiem		Osoby ze wznową raka	
	n	%	n	%
Strach i obawa	24	48	28	56
Złość i gniew	5	10	14	28
Załamanie	6	12	23	46
Musi być dobrze, wyzdrowieję	25	50	6	12
Szukanie informacji o chorobie	21	42	5	10
Zaprzeczanie chorobie	3	6	8	16
Nieprzejmowanie się, lekceważenie	0	0	1	2

Pytanie wielokrotnego wyboru, wyniki nie zliczają się do 100%

z nowo rozpoznany rakiem tarczycy częściej traktowały go jako wyzwanie (66%), natomiast pacjenci ze wznową częściej uważali chorobę za stratę (30%) lub najgorszą rzecz w życiu (24%).

Ostatnim celem było określenie, czy poziom przystosowania do choroby wpływa na ocenę satysfakcji z życia osób z nowo rozpoznany rakiem tarczycy i z jego wznową. W grupie osób z nowo rozpoznany nowotworem stwierdzono, że istotnym statystycznie, silnym predyktorem poziomu satysfakcji z życia była strategia bezradności-beznadziejności ($\beta = -0,66$; $p < 0,001$). Na poziomie tendencji statystycznej słabym predyktorem była natomiast strategia pozytywnego przewartościowania ($\beta = 0,21$; $p < 0,10$). Oznacza to, że wyższy poziom pozytywnego przewartościowania oraz niższy poziom bezradności-beznadziejności wpłynęły na wyższą ocenę satysfakcji z życia u osób z nowo rozpoznany rakiem. Strategie zaabsorbowania lękowego, ducha walki oraz pozytywnego przewartościowania nie były istotnymi predyktorami satysfakcji z życia u osób z nowo rozpoznany rakiem.

W grupie osób ze wznową raka tarczycy zaobserwowano, że istotnymi statystycznie, umiarkowanymi predyktorami poziomu satysfakcji z życia były strategie zaabsorbowania lękowego ($\beta = -0,33$; $p < 0,001$) oraz bezradności-beznadziejności ($\beta = -0,47$; $p < 0,05$). Oznacza to, że u osób ze wznową raka niższy poziom stylu destruktywnego wpłynął na wyższą ocenę satysfakcji z życia. Strategie ducha walki oraz pozytywnego przewartościowania nie stanowiły istotnych predyktorów satysfakcji z życia osób ze wznową raka.

Dyskusja

Według opublikowanego piśmiennictwa do najczęstszych nowotworów tarczycy należą pierwotne zróżnicowane raki tarczycy [5]. Rak tarczycy obejmuje zaledwie ok. 1–1,5% wszystkich nowotworów złośliwych, ale jednocześnie jest najczęstszym procesem złośliwym gruczołów endokrynologicznych [6]. Jest również jednym z nielicznych nowotworów, w których

często uzyskuje się całkowite wyleczenie, a nawroty choroby zdarzają się stosunkowo rzadko. Mimo dobrego rokowania zarówno choroba, jak i leczenie stwarzają jednak wiele sytuacji stresogennych [3].

Według Obuchowskiej istnieją trzy uniwersalne czynniki, które determinują obciążenie psychiczne osób z chorobami nowotworowymi. Autorka zaliczyła do nich ból, ograniczenie aktywności oraz utratę poczucia bezpieczeństwa [3]. Zmiany organiczne powstałe w wyniku choroby determinują psychiczne funkcjonowanie chorego [7]. Już sam proces diagnostyczny raka tarczycy, a później leczenia wywala negatywne emocje wynikające z poczucia zagrożenia. Pacjenci – zarówno ci najmłodsi, jak i ci starsi – odczuwają lęk przed operacją, bólem, terapią izotopową wymagającą czasowej izolacji [3]. Zaburzenia w sferze psychicznej wynikają również z ostatniego supresyjnego etapu leczenia wiążącego się ze względną nadczynnością tarczycy oraz objawami niedoczynności, które mogą wystąpić podczas niezbędnych do przeprowadzenia procedur diagnostycznych przerw w leczeniu [8].

W literaturze omówiono wiele badań mających na celu ocenę przystosowania psychicznego pacjentów do najczęściej występujących chorób nowotworowych, takich jak: rak płuc, rak prostaty, rak jelita grubego czy rak piersi [7, 9]. Znacznie rzadziej autorzy analizują wpływ tych zmiennych w chorobach nowotworowych występujących niezbyt często, a więc m.in. w raku tarczycy. Dostępne prace oceniają przede wszystkim aspekty kliniczne.

Przystosowanie psychiczne służy przede wszystkim poprawie komfortu emocjonalnego w nowych okolicznościach poprzez przywrócenie pacjentowi stanu równowagi. Wyraża się on w różnych rodzajach procesów poznawczych oraz zachowań, które mają wpływ na poziom emocji oraz stresu. W literaturze przedmiotu znajduje się wiele informacji na temat negatywnego wpływu choroby nowotworowej na stan psychiczny. Najczęściej wymienianymi emocjami są: gniew, złość, strach, rozczarowanie i smutek [4]. Wyniki przeprowadzonych badań potwierdziły obecność powyższych

reakcji w obydwu badanych grupach, zaobserwowano jednak znaczące różnice w częstości ich występowania. O ile strach i obawa o własne życie pojawiały się równie często we wszystkich grupach, o tyle podejście, że „musi być dobrze”, i „szukanie informacji na temat choroby” znacznie częściej występowały w grupie osób z nowo rozpoznany rakiem. Natomiast załamanie, złość i gniew wystąpiły czterokrotnie częściej wśród badanych ze wznową raka tarczycy.

Jeziorski podkreśla wpływ całego procesu leczenia choroby nowotworowej na życie danej jednostki. Twierdzi, że wszystkie czynności oraz efekty uboczne radio- i chemioterapii wpływają nie tylko na samopoczucie pacjenta, lecz także na sposób, w jaki postrzega chorobę [10]. Wyniki badań własnych jednoznacznie wskazały różnice między osobami z nowo rozpoznany rakiem tarczycy, które dopiero zaczynają swoje zmagania z chorobą, a tymi, które po trudnym i męczącym procesie leczenia muszą znowu podjąć walkę. W grupie osób z nowo rozpoznany rakiem znacząca większość (66%) traktuje swoją chorobę jako wyzwanie, któremu chce i musi sprostać. W grupie osób ze wznową jest to zaledwie 14%, a pacjenci najczęściej uznają swoją chorobę za stratę (30%) i najgorszą rzecz, jaka ich spotkała (24%). Podobne wnioski wysnuwa Jeziorski, analizując wpływ stadium zaawansowania choroby na poziom jakości życia pacjentów. Twierdzi on, że okres wznowy raka jest szczególnie dramatyczny. Z jednej strony wiąże się to z nasilającymi się dolegliwościami fizycznymi, takimi jak ból i osłabienie, z drugiej zaś z załamaniem równowagi psychicznej wypracowanej podczas procesu leczenia. Wykrycie wznowy raka rujnuje przekonanie o pokonaniu choroby nowotworowej i możliwości wyzdrowienia [10].

W obliczu każdej choroby nowotworowej pacjenci przyjmują dwa skrajne style radzenia sobie z rakiem [7]. Pierwszy z nich – destrukcyjny – obejmuje strategię zaabsorbowania lękowego i bezradności-bez nadziejności. Osoby reprezentujące ten styl postrzegają chorobę jako zjawisko niepokojące, zagrażające i niekontrolowane. Często wycofują się z aktywnego życia osobistego i zawodowego. Drugi styl – konstruktywny, aktywny – dotyczy strategii pozytywnego przewartościowania i ducha walki. Chorzy postrzegają chorobę jako wyzwanie. Akceptują zaistniałą sytuację, doceniają jej wartość i pozytywnie przewartościują swoje życie [7]. W badaniach Bussela i wsp. podkreślono zależność pomiędzy pozytywnym nastawieniem, chęcią walki, poziomem obaw i lęku pacjenta a przebiegiem choroby i skuteczności jej leczenia [11]. Wyniki własne wskazują, że w nowotworach tarczycy częstość wybierania strategii aktywnych i biernych jest na zbliżonym poziomie. Ich wartości odpowiadają poziomowi umiarkowanemu i są porównywalne z wynikami najczęściej występujących nowotworów. W badaniach prowadzonych przez Religioni i wsp. [7] wśród chorych na raka

piersi średni wymiar zaabsorbowania lękowego wynosił 15,91, ducha walki – 23,43, bezradności-bez nadziejności – 11,89, a pozytywnego przewartościowania – 22,05. U chorych z rakiem jelita grubego średni wymiar zaabsorbowania lękowego wyniósł 15,98, ducha walki – 23,42, bezradności-bez nadziejności – 12,39, a pozytywnego przewartościowania – 22,31 [6]. W badaniu własnym wyniki były nieco zbliżone i wynosiły odpowiednio 21,74, 21,26, 17,06 i 20,04. Podobne wyniki w swoim badaniu uzyskał również Juczyński [4]. U kobiet z rakiem piersi średni wynik konstruktywnego stylu radzenia sobie osiągnął wartość 40,3, a destrukcyjnego 35,8. W raku jelita grubego było to, odpowiednio, 36,56 i 39,94 [4], natomiast w badaniu własnym, odpowiednio, 41,45 i 38,79.

W pracach wielu autorów można spotkać się z opinią, że przyjęte strategie radzenia sobie z chorobą różnią się w zależności od jej okresu i etapu leczenia [12, 13]. Wyniki badań Greera i wsp. wskazują na fakt, że lepsze rokowanie, charakteryzujące się dłuższym czasem przeżycia i brakiem nawrotów choroby, skutkuje bardziej konstruktywnymi stylami zmagania się z chorobą, natomiast ze złym rokowaniem często koreluje bezradność [3]. W badaniach Szczepańskiej-Gierachy i wsp. oraz Religioni i wsp. udowodniono, że w miarę upływu czasu od postawienia diagnozy strategia pozytywnego przewartościowania przyjmuje coraz niższe wartości [7, 14]. Podobne wyniki uzyskano w badaniach własnych. Z analizy danych wynika, że poziom przystosowania do choroby różni się u chorych z nowo rozpoznany rakiem tarczycy i z jego wznową. W porównaniu z osobami ze wznową osoby z nowo rozpoznany nowotworem wykazały większego ducha walki oraz większe pozytywne przewartościowanie, a jednocześnie mniejsze zaabsorbowanie lękowe i bezradność-bez nadziejność. Dlatego śmiało można stwierdzić, że osoby z nowo rozpoznany chorobą częściej posługują się aktywnymi strategiami zmagania się z problemami niż osoby ze wznową choroby.

Burish i Lyles twierdzą, że poziom przystosowania do sytuacji odgrywa istotną rolę w przebiegu chorób nowotworowych. O lepszej jakości życia decyduje mniejsza liczba zachowań dysfunkcyjnych [3]. Do podobnych wniosków doszli Van Laarhoven i wsp. [15]. Prezentowane przez nas badania wskazują na bezpośredni związek pomiędzy strategiami radzenia sobie z chorobą a funkcjonowaniem w życiu codziennym. Pacjenci rzadziej posługujący się destruktywnymi strategiami radzenia sobie z chorobą nowotworową zadeklarowali wyższą satysfakcję z życia. Biorąc pod uwagę badania własne oraz Religioni i wsp. [7], można stwierdzić, że bez względu na okres choroby osoby leczone na oddziałach onkologicznych powinny mieć dostęp do wsparcia emocjonalnego, które kształtuje strategie pozytywne.

Wnioski

Nie stwierdzono istotnej zależności statystycznej pomiędzy płcią badanych a strategią radzenia sobie z chorobą. Bez względu na płeć strategie konstruktywne i destrukcyjne osiągnęły wynik przeciętny.

Wyższe konstruktywne przystosowanie do choroby wykazały osoby z nowo rozpoznany rakiem.

Osoby z nowo rozpoznany rakiem tarczycy reagowały na chorobę postawą pozytywną i chęcią poszukiwania informacji, natomiast osoby ze wznową przyjęły postawy negatywne.

Niższy poziom destruktywnego przystosowania się do choroby wpływa na zwiększenie oceny satysfakcji z życia osób z rakiem tarczycy.

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

- Jabłoński M, Furgał M, Dudek D, Zięba A. Miejsce psychoonkologii we współczesnej psychiatrii. *Psychiatr Pol* 2008; 5: 749-765.
- Strelau J, Doliński D. *Psychologia akademicka. Tom 2. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne GWP. Gdańsk 2010; 681-733.*
- Syska-Bielak A, Jarzab M, Kropińska M i wsp. Review paper. Positive resources: feeling of hope and life satisfaction in a group of patients treated in childhood because of differentiated thyroid gland cancer. *Współcz Onkol* 2010; 14: 316-320.
- Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. *Pracownia Testów Psychologicznych. Warszawa 2012; 128-133: 162-179.*
- Asik M, Binnetoglu E, Sen H i wsp. Less aggressive disease in patients with primary squamous cell carcinomas of the thyroid gland and coexisting lymphocytic thyroiditis. *Contemp Oncol (Pozn)* 2015; 19: 458-461.
- Gut P, Matysiak-Grześ M, Fischbach J i wsp. Lack of TSH stimulation in patients with differentiated thyroid cancer – possible causes. *Współcz Onkol* 2012; 16: 273-275.
- Religioni U, Czerw A, Deptała A. Przystosowanie psychiczne pacjentów do wybranych chorób nowotworowych. Patient mental adjustment to selected types of cancer. *Psychiatr Pol* 2018; 52: 129-141.
- Jarzab B, Handkiewicz-Junak D, Wloch J i wsp. Multivariate analysis of prognostic factors for differentiated thyroid carcinoma in children. *Eur J Nucl Med* 2000; 27: 833-841.
- 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: 106-113.
- Jeziorski A, Szawłowski A, Towpik E. *Chirurgia onkologiczna. Tom 2. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2009; 501-503; 531-537.*
- Bussel V, Naus M. A longitudinal investigation of coping and posttraumatic growth in breast cancer survivors. *J Psychosoc Oncol* 2010; 28: 61-78.
- Bussel V, Naus M. A longitudinal investigation of coping and posttraumatic growth in breast cancer survivors. *J Psychosoc Oncol* 2010; 28: 61-78.
- Malicka I, Szczepańska J, Anioł K i wsp. Zaburzenia nastroju i strategii przystosowania do choroby u kobiet leczonych operacyjnie z powodu nowotworu piersi i narządów rodnych. *Współcz Onkol* 2009; 13: 41-46.
- Szczepańska-Gieracha J, Malicka I, Rymaszewska J, Woźniewski M. Przystosowanie psychologiczne kobiet bezpośrednio po operacji onkologicznej i po zakończeniu leczenia. *Współcz Onkol* 2010; 14: 403-410.
- Van Laarhoven HW, Schilderman J, Bleijenberg G 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.