

Przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej a jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia u chorych onkologicznych

The impact of mental adjustment to cancer to the quality of life

Marta Kulpa¹, Krzysztof Owczarek², Beata Stypuła-Ciuba³

¹Poradnia Psychoonkologii, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

²Zakład Psychologii Medycznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

³Klinika Onkologii i Chorób Wewnętrznych oraz Poradnia Leczenia Bólu, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Streszczenie

Cel pracy: Celem badania jest ocena wpływu przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej na jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia u pacjentów onkologicznych.

Materiał i metody: Przebadano 100 pacjentów Centrum Onkologii w Warszawie. Rodzaj postawy i strategii związanej z przystosowaniem psychicznym do choroby mierzono Skalą Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej – Mini-MAC. Poziom jakości życia na wymiarach funkcjonalnych jakości życia oraz poziom ogólnej jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia mierzono z użyciem Kwestionariusza Jakości Życia – QLQ-C30.

Wyniki: Uzyskane wyniki badania zależności między postawami i strategiami radzenia sobie z chorobą nowotworową a jakością życia uwarunkowaną stanem zdrowia wskazują, że: 1) im chory przejawia wyższe nasilenie postawy walki, pozytywnego przewartościowania i konstruktywnej strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową, tym lepiej funkcjonuje fizycznie, emocjonalnie, poznawczo, w relacjach społecznych oraz tym osiąga wyższą ogólną jakość życia; 2) im chory przejawia wyższe nasilenie postawy zaabsorbowania lękowego, bezradności-beznadziei i destruktywnej strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową, tym gorzej funkcjonuje fizycznie, emocjonalnie, poznawczo, w relacjach społecznych oraz tym osiąga niższą ogólną jakość życia.

Wnioski: Przeprowadzone badania potwierdzają kluczową tezę niniejszej pracy zakładającą wpływ przystosowania psychicznego do choroby na jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia.

Słowa kluczowe: przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej, jakość życia uwarunkowana zdrowiem.

Abstract

The aim of the study was to assess the impact of mental adjustment to cancer on health-conditioned quality of life in cancer patients.

Material and methods: We studied 100 patients Cancer Center in Warsaw. Attitudes and coping strategies used to adapt to illness were measured using Mini-MAC. The quality of life in functional dimensions and the level of overall quality of life contingent upon the state of health was measured using the Quality of Life Questionnaire – QLQ-C30.

Results: The results of the assessment of the relationship between coping strategies used to adapt to cancer illness and quality of life conditioned by the state of health, indicate that: 1) the higher intensity a of fighting spirit, a positive re-evaluation and constructive coping strategies patients exhibit, the better they function in physical, emotional, cognitive, and social relations areas and, higher their overall quality of life is; 2) the higher intensity a of fear, anxiety, helplessness-hopelessness and destructive coping strategies patients exhibit, the worse they function in physical, emotional, cognitive, and social relations areas and lower their overall quality of life is.

Conclusions: The study confirms the key thesis of this paper that assumes the impact of mental adaptation to the disease on health-conditioned quality of life.

Key words: mental adjustment to cancer, quality of life.

Adres korespondencji:

dr n. med. Marta Kulpa, Poradnia Psychoonkologii, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, ul. Roentgena 5, 02-781 Warszawa, e-mail: marta@kulpa.net.pl

WSTĘP

Choroba nowotworowa, jako ciężka i przewlekła, stwarza liczne problemy z przystosowaniem się do niej. Przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej przejawia się zarówno w procesach poznawczych, emocjonalnych, jak i behawioralnych oraz stanowi integralną część jakości życia pacjenta. Określone postawy i strategie związane z przystosowaniem psychospołecznym do choroby wyrażają różny stopień nasilenia stresu i warunkują różny poziom funkcjonowania pacjenta oraz nasilenia odczuwanych przez niego objawów somatycznych. Ocena wpływu strategii radzenia sobie z chorobą na jakość życia chorego onkologicznie jest istotna ze względu na konieczność ustawicznego wpływania na poprawę jakości życia pacjenta na każdym etapie choroby nowotworowej.

W literaturze psychoonkologicznej nie ma ujednoliconej definicji przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej. Przystosowanie psychiczne do choroby rozpatrywane jest w kategoriach radzenia sobie ze stresem w sytuacji krytycznego wydarzenia życiowego. Radzenie sobie ze stresem koncentruje się na radzeniu sobie z sytuacją stresogenną i/lub emocjami powstałymi w następstwie wydarzenia krytycznego. Do krytycznych wydarzeń życiowych wg klasyfikacji Antonovsky'ego (1997) zalicza się także chorobę nowotworową [1]. Przystosowanie psychiczne do choroby jest procesem zmierzającym do usunięcia dyskomfortu emocjonalnego i przywrócenia stanu równowagi psychicznej osoby w obliczu nowej rzeczywistości, jaką jest choroba nowotworowa. Adaptacja do choroby służy dwóm głównym celom: radzeniu sobie bezpośrednio z chorobą i leczeniem oraz z efektami choroby w postaci zmian w życiu chorego [2]. Teoria przystosowania się do choroby nowotworowej opiera się na koncepcji stresu w nurcie poznawczo-transakcyjnym według Lazarus i Folkman [3], która zakłada, że stres przeżywany w następstwie choroby nowotworowej nie jest wyłącznie wynikiem fizycznych następstw choroby, ale również poznawczej oceny osoby chorej, która obejmuje osobiste znaczenie choroby dla osoby chorej oraz jej zasoby i możliwości zaradcze. Koncepcja ta określa adaptację do choroby jako „stale zmieniające się wysiłki poznawcze i behawioralne mające na celu opanowanie specyficznych wymagań zewnętrznych i wewnętrznych ocenianych w kategoriach stresu, obciążających i przekraczających dotychczasowe zasoby zaradcze i możliwości adaptacyjne danej osoby” [3]. Greer, Moorey i Watson określili model radzenia sobie z chorobą nowotworową obejmujący pięć głównych postaw przystosowania się do niej: ducha walki, unikanie–zaprzeczanie, fatalizm–stoicka akceptacja, bezradność–beznadziejność, lękowe zaabsorbowanie [4]. Wyniki badań Greer i wsp. wskazują, że postawa

ducha walki wiąże się z niskim zewnętrznym umiejscowieniem kontroli i wysokim wsparciem społecznym, natomiast postawa bezradność–beznadziejność – z wysokim zewnętrznym umiejscowieniem kontroli i niskim wsparciem społecznym [4, 5]. Postawa bezradność–beznadziejność przejawia się u chorego poczuciem beznadziei i bezradności, biernością, uczuciem lęku, przygnębieniem i depresją, z kolei postawa lękowego zatroskania – lękowym nastawieniem do diagnozy, procesu diagnostycznego i leczniczego. Często objawia się także zachowaniami hipochondrycznymi [4, 5]. W badaniach Juczyńskiego [6, 7] stwierdzono, że rodzaj strategii radzenia sobie z chorobą zależy w głównej mierze od następujących zmiennych predykcyjnych: stopnia akceptacji choroby, poczucia wewnętrznego lub zewnętrznego umiejscowienia kontroli oraz poczucia kontroli bólu. Nie zaobserwowano różnic w zakresie rodzaju przyjmowanej strategii a płci natomiast stwierdzono różnice pod względem rodzaju nowotworu. Postawa bezradności oraz zaabsorbowania lękowego jest częstsza u chorych z nowotworem trzustki i żołądka, natomiast postawa ducha walki i pozytywnego przewartościowania częściej występuje u chorych z nowotworem narządu rodowego i prostaty [6, 7]. Badania porównawcze Haybittle i wsp. [8], Morris [9] i Pettingale [10] potwierdziły, że pacjenci uruchamiający konstruktywne strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową cechowali się wyższą jakością życia oraz lepszym rokowaniem co do długości przeżycia oraz okresów remisji. Badania Adamczak [11] oraz Chojnackiej-Szawłowskiej [12] potwierdziły, że strategie aktywne, konfrontacyjne i ucieczkowe lepiej wpływają na podniesienie jakości życia niż strategie opierające się na bierności i rezygnacji.

Jakość życia jest bardzo ważną zmienną odzwierciedlającą kondycję biopsychospołeczną człowieka. Obok czasu przeżycia, jakość życia pacjentów uznano za główną zmienną zależną w modelu badań psychoonkologicznych [13, 14]. Po raz pierwszy pojęcie jakości życia w odniesieniu do zdrowia wprowadził Schipper [15], który stwierdził, że „jakość życia to subiektywna ocena własnego położenia życiowego dokonana w czasie choroby i leczenia, która nie jest tym samym co stan zdrowia. Jest to funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia przeżywany przez pacjenta” [15]. Tak zdefiniowana jakość życia określa, że stan zdrowia lub jego deficyty mogą w sposób istotny wpływać na życie i funkcjonowanie człowieka w jego subiektywnym odczuciu. Według obecnie obowiązującej definicji jakość życia uwarunkowana zdrowiem (*health related quality of life – HRQL*) to „funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia odbierany (przeżywany) przez pacjenta” [16]. W psychoonkologii obowiązują także dodatkowe dwie definicje jakości życia, które są uzupełnieniem powszechnie obowiązującej definicji HRQL oraz poszerzają ją o kontekst onkologiczny.

Pierwsza definicja określa jakość życia jako „funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia, który można sprowadzić do subiektywnej oceny życia jako całości” [17]. Druga definicja mówi o tym, że „ogólna ocena jakości życia to obraz własnego położenia życiowego dokonany przez człowieka w wybranym odcinku czasu” [18]. Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia [19] dotyczy czterech obszarów funkcjonowania osoby: fizycznego (nasilenie objawów somatycznych), psychicznego, społecznego oraz poznawczego. W zakresie funkcjonowania fizycznego najczęstszymi dolegliwościami wpływającymi na obniżenie jakości życia są: ból nowotworowy (11–84%), nudności i wymioty (9–51%), problemy z oddychaniem (21–64%) oraz zmęczenie (27%) [13].

Badania Adamczak [11] oraz Chojnackiej-Szawłowskiej [12] potwierdziły, że strategie aktywne, konfrontacyjne i ucieczkowe pozytywniej wpływają na zwiększenie jakości życia niż strategie opierające się na bierności i rezygnacji. W badaniu Watson i wsp. [20] stwierdzono, że duże nasilenie postawy beznadziei wiązało się z niskim poziomem jakości życia. W badaniach Johansson i wsp. [21] odnotowano, że pacjenci przyjmujący postawę beznadziei oraz postawę zaabsorbowania lękowego wykazywali obniżony poziom jakości życia. W badaniach Greer i Morris [22] oraz Laarhoven i wsp. [23] stwierdzono, że postawa ducha walki wiąże się z wyższym poziomem jakości życia. W badaniach Haybittle i wsp. [8], Morris [9] i Pettingale [10] potwierdzono, że pacjenci stosujący konstruktywne strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową cechowali się wyższą jakością życia. W badaniach Johansson i wsp. [21] stwierdzono, że pacjenci przyjmujący postawę beznadziei oraz postawę zaabsorbowania lękowego wykazywali obniżony poziom jakości życia. Większość danych empirycznych na temat istnienia związku pomiędzy przystosowaniem psychicznym do choroby a jakością życia pacjentów onkologicznych pochodzi z ośrodków zagranicznych, dlatego intencją przedstawianego badania było sprawdzenie ww. zależności w populacji polskich pacjentów przy obecnym stanie medycyny.

MATERIAŁ I METODY

W celu zweryfikowania zależności pomiędzy przystosowaniem psychicznym do choroby nowotworowej a jakością życia uwarunkowaną stanem zdrowia postawiono następujące pytania i hipotezy badawcze:

1. Pytania badawcze: Czy istnieje związek między postawami i strategiami radzenia sobie z chorobą nowotworową a jakością życia uwarunkowaną stanem zdrowia? Wyniki badań cytowanych we wstępie stanowiły podstawę następującej hipotezy: Istnieje dodatnia zależność między postawą walki,

pozytywnego przewartościowania i konstruktywnej strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową a funkcjonowaniem fizycznym, emocjonalnym, poznawczym, w rolach życiowych i relacjach społecznych, a także ogólną jakością życia oraz istnieje ujemna zależność między postawą zaabsorbowania lękowego, beznadziei–beznadziei i destruktywną strategią radzenia sobie z chorobą nowotworową a funkcjonowaniem fizycznym, emocjonalnym, poznawczym, w rolach życiowych i relacjach społecznych oraz ogólną jakością życia.

2. Pytanie badawcze: Czy chorzy przejawiający niskie, średnie i wysokie nasilenie konstruktywnej lub destruktywnej strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową różnią się w zakresie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia? Wyniki badań cytowanych we wstępie stanowiły podstawę następującej hipotezy: Chorzy na chorobę nowotworową przejawiający niskie, średnie i wysokie nasilenie konstruktywnej lub destruktywnej strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową osiągają: różny zakres funkcjonowania fizycznego, emocjonalnego, poznawczego, w rolach życiowych i relacjach społecznych oraz poziomu ogólnej jakości życia.

W prezentowanym badaniu korelacji między przystosowaniem psychicznym do choroby nowotworowej a jakością życia zmienną wyjaśnianą stanowił związek między badanymi zmiennymi: postawa zaabsorbowania lękowego, postawa ducha walki, postawa beznadziei–beznadziei, postawa pozytywnego przewartościowania, konstruktywna i destruktywna strategia radzenia sobie z chorobą nowotworową oraz jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia: funkcjonowanie fizyczne, emocjonalne, poznawcze, w rolach życiowych i relacjach społecznych, ogólna jakość życia. Odpowiedzi na pytanie badawcze poszukiwano z wykorzystaniem modelu korelacyjnego. Model opiera się na identyfikowaniu siły zależności między zmiennymi wyjaśnianymi. Analiza wyników polega na porównywaniu siły związków między poszczególnymi badanymi zmiennymi.

W prezentowanym badaniu różnic międzygrupowych zmienną niezależną była przynależność do grupy pacjentów charakteryzujących się niskim, średnim i wysokim nasileniem konstruktywnej lub destruktywnej strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową, natomiast zmienną zależną była jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia [funkcjonowanie fizyczne, emocjonalne, poznawcze, w rolach życiowych i relacjach społecznych, ogólna jakość życia, objawowa jakość życia (objawy związane z depresją: zmęczenie, zaburzenia snu i łaknienia)]. Odpowiedzi na pytanie badawcze poszukiwano z wykorzystaniem modelu quasi-eksperymentalnego z grupami kontrastowymi. Model opiera się na porównywaniu podgrup różniących się pod względem istotnych cech,

a osoby badane zakwalifikowane zostały do nich na podstawie przynależności do danej kategorii [24]. W przeprowadzonym badaniu grupy kontrastowe wyróżniono ze względu na stopień wykorzystania strategii konstruktywnych lub destruktywnych. Model pozwala na wnioskowanie o związku przyczynowo-skutkowym. Analiza wyników polega na porównywaniu średnich wyników dla poszczególnych zmiennych zależnych uzyskanych dla sześciu podgrup w badanej grupie.

W prezentowanym badaniu do pomiaru przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej zastosowano polską adaptację Skali Mini-MAC (*Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale*, 1997) opracowaną przez Juczyńskiego [27], która opiera się na Skali Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej Mini-MAC autorstwa Greer i wsp. [25]. Skala mierzy następujące zmienne: postawę pozytywnego przewartościowania, postawę ducha walki, postawę zaabsorbowania lękowego i postawę bezradność–beznadziejność oraz strategię konstruktywną i strategię destruktywną. Strategia konstruktywna powstaje w wyniku zsumowania wyników postawy pozytywnego przewartościowania i ducha walki, a strategia destruktywna poprzez zsumowanie wyników strategii zaabsorbowania lękowego i bezradności–beznadziejności. Skala jest narzędziem, za pomocą którego pacjent dokonuje samopisu swojego stanu, odpowiadając na 29 stwierdzeń (po 7 stwierdzeń na każdą postawę). Możliwe wyniki każdej z czterech strategii mieszczą się w granicach od 7 do 28 punktów. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie zachowań charakterystycznych dla danego sposobu zmagania się z chorobą nowotworową. Najczęściej w interpretacji nasilenia danej postawy stosuje się następujące przedziały punktowe: bardzo wysokie nasilenie postawy: 25–28 punktów, wysokie nasilenie postawy: 19–24 punktów, średnie nasilenie postawy: 13–18 punktów, niskie nasilenie postawy: 7–12 punktów. Wyniki dla strategii konstruktywnej i destruktywnej w przedziale 1.–4. stena interpretuje się jako niskie, wyniki w przedziale 5.–6. stena jako przeciętne, a wyniki w przedziale 7.–10. stena jako wysokie.

Do pomiaru HRQL zastosowano Kwestionariusz Jakości Życia QLQ-C30 (*Quality of Life Questionnaire Core-30, EORTC Study Group on Quality of Life*, 1995). Formularz składa się z 30 pytań mierzących następujące zmienne: funkcjonowanie fizyczne, emocjonalne, poznawcze, funkcjonowanie w rolach życiowych, funkcjonowanie w relacjach społecznych oraz objawową jakość życia, która po odwróceniu skali stanowi miarę uciążliwości objawów somatycznych. W większości pytań kwestionariusza zastosowano 4-stopniową skalę Likerta. Na podstawie wyników zebranych z kwestionariusza QLQ-C30 oblicza się wyniki dla skal funkcjonalnych, objawowych oraz ogólnej jakości życia wg wzoru zgodnego z algoryt-

mem EORTC (1995). Wynik w skali funkcjonalnej może mieć wartość wyrażoną w procentach w przedziale 0–100, gdzie 0 oznacza największy wpływ choroby na funkcjonowanie, czyli najniższy poziom funkcjonowania, a 100 – brak wpływu choroby na funkcjonowanie pacjenta w danym obszarze i najwyższy poziom funkcjonowania.

Wynik w skali objawowej może przyjmować wartości wyrażone w procentach w przedziale 0–100, gdzie 100 oznacza największe nasilenie objawów, a 0 – najniższe nasilenie objawów lub brak objawu. Wynik ogólnej jakości życia, wyznaczany przez stopień dostrzeganego ogólnego wpływu choroby na jakość życia pacjenta, przyjmować może wartości wyrażone w procentach w przedziale 0–100, gdzie 0 oznacza najniższą, a 100 – najwyższą jakość życia.

Przebadano 180 pacjentów w wieku od 18 do 75 lat z rozpoznaną chorobą nowotworową, leczonych w 13 klinikach Centrum Onkologii. W momencie badania chorzy mieli postawioną diagnozę choroby nowotworowej od co najmniej 6 miesięcy i cierpieli z powodu trudno leczących się dolegliwości psychofizycznych z nią związanych. Badanie polegało na pomiarze ankiety, jednokrotnym, dobrowolnym i anonimowym. Do ostatecznej analizy zakwalifikowano 100 kompletnie wypełnionych ankiet. Badaną populację podzielono na podgrupy stosownie do kryteriów różnicujących na podstawie dominującej strategii przystosowania do choroby oraz nasilenia poszczególnych postaw wobec choroby nowotworowej.

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej z użyciem testów statystycznych oraz analizy korelacji w celu dokonania oceny siły korelacji i różnic międzygrupowych. We wszystkich obliczeniach przyjęto poziom istotności 5%. Wartości zmiennych obliczano z wykorzystaniem arkusza kalkulacyjnego Excel 2007. Analizę statystyczną wyników przeprowadzono z użyciem pakietu SPSS PASW Statistics w wersji 18. Dla wszystkich wykorzystanych kwestionariuszy badawczych i wszystkich zmiennych wyznaczona została rzetelność wyrażona współczynnikiem α -Cronbacha. W dalszych analizach uwzględniono jedynie pomiary charakteryzujące się co najmniej akceptowalną rzetelnością ($\alpha > 0,5$). Stwierdzono normalność rozkładu wszystkich wymiarów skali Mini-MAC z wyjątkiem nasilenia postawy walki oraz postawy bezradność–beznadzieja. Odnotowano normalność rozkładów dla skal funkcjonowania fizycznego, funkcjonowania emocjonalnego oraz nasilenia objawów związanych z objawową jakością życia. Rzetelność narzędzia Mini-MAC w badaniu własnym była bardzo wysoka dla wszystkich skal z wyjątkiem postawy pozytywnego przewartościowania, gdzie rzetelność pomiaru była niższa, ale także akceptowalna: współczynnik α -Cronbacha wynosił 0,84–0,98, a dla postawy pozytywnego przewartościowania wynosił 0,56. Rzetelność narzędzia QLQ-C30 w bada-

niu własnym była bardzo wysoka lub wysoka: współczynnik α -Cronbacha wynosił 0,71–0,90 dla skal funkcjonalnych oraz 0,79–0,81 dla skal objawowych.

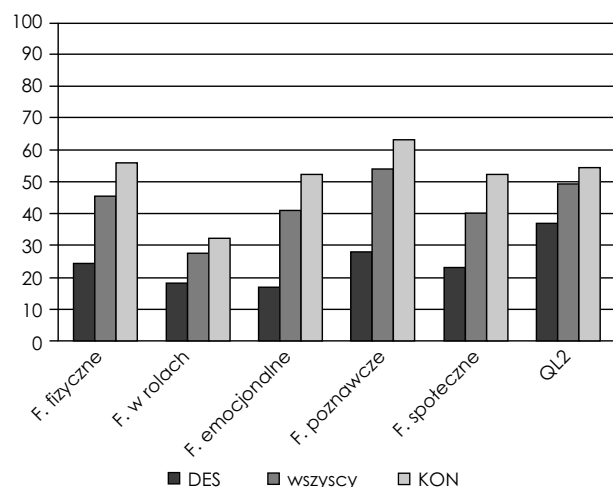
WYNIKI

Statystyki opisowe

Wyniki analizy przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej

Nie stwierdzono dominanty wśród strategii radzenia sobie z chorobą. Wielu pacjentów uruchamia więcej niż jeden rodzaj postawy czy strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową, różnią się one między sobą stopniem nasilenia. Średnie nasilenie strategii konstruktywnej wynosiło 40,4, co przekłada się na 6. sten. Średnie nasilenie strategii destruktywnej wynosiło 34,5, co przekłada się na 5. sten.

Postawa pozytywnego przewartościowania na poziomie wysokim występowała u 74% badanych pacjentów. Najniższym wynikiem był poziom średni, który występował u 26% pacjentów. Średnie nasilenie postawy pozytywnego przewartościowania wynosiło 20,7, co przekłada się na wysokie nasilenie. Postawa walki na poziomie wysokim występowała u 66% badanych pacjentów. Średnie nasilenie postawy walki wynosiło 19,75, co przekłada się na wysokie nasilenie. Postawa zaabsorbowania lękowego na poziomie wysokim występowała u 47% badanych, a tylko 19% pacjentów wykazywało niski stopień nasilenia tej postawy. Średnie nasilenie postawy lękowej wynosiło 18,6, co przekłada się na średnie nasilenie. Postawa beznadziei i rezygnacji na poziomie wysokim występowała u 31% pacjentów, na poziomie średnim u 39% badanych, a na poziomie niskim u 30% osób. Średnie



Ryc. 1. Średnie wyniki jakości życia w skalach funkcjonalnych i w wymiarze ogólnym jakości życia dla całej grupy badanych pacjentów oraz z podziałem na pacjentów z wysokim nasileniem strategii konstruktywnych i destruktywnych

nasilenie postawy beznadziei i rezygnacji wynosiło 15,9, co przekłada się na średnie nasilenie. Średnie nasilenie strategii konstruktywnej wynosiło 40,4, co przekłada się na 6. sten. Średnie nasilenie strategii destruktywnej wynosiło 34,5, co przekłada się na 5. sten.

Wyniki analizy jakości życia

Wysoki poziom ogólnej jakości życia osiągało 24% badanych, natomiast 27% pacjentów prezentowało niski poziom ogólnej jakości życia. Średnia wartość ogólnej jakości życia w badanej grupie pacjentów wynosiła 49,3, co oznacza średni poziom. Bardzo wysoki lub wysoki poziom funkcjonowania fizycznego osiągało 24,7% badanych, 33% pacjentów osiągało średni poziom, a 42,7% badanych funkcjonowało fizycznie na poziomie niskim lub bardzo niskim. Bardzo wysoki lub wysoki poziom funkcjonowania emocjonalnego osiągało 27% badanych, 28% pacjentów miało średni poziom, a 45% pacjentów – niski bądź bardzo niski poziom funkcjonowania emocjonalnego. Bardzo wysoki lub wysoki poziom funkcjonowania społecznego prezentowało 27% badanych, 14% pacjentów osiągało średni poziom, a 57% respondentów funkcjonowało społecznie na poziomie niskim lub bardzo niskim. Na poziomie bardzo wysokim lub wysokim w dotychczas pełnionych rolach społecznych funkcjonowało 12% badanej grupy, 16% pacjentów na poziomie średnim, a 72% badanej grupy na poziomie niskim lub bardzo niskim.

Wyniki analizy rozkładu zależności uśrednionych wyników strategii radzenia sobie z chorobą a jakością życia

Strategie konstruktywne w porównaniu z destruktywnymi przekładają się na dużo lepsze funkcjonowanie pacjenta we wszystkich wymiarach funkcjonalnych jakości życia oraz na wyższą ogólną jakość życia warunkowaną stanem zdrowia.

Analiza różnic pomiędzy chorymi prezentującymi różny poziom nasilenia postaw i strategii konstruktywnych oraz strategii destruktywnych

W celu podzielenia grupy badanej na podgrupy wykonano klasyfikację wyników osobno w skalach postaw konstruktywnych i destruktywnych kwestionariusza Mini-MAC na 3 podgrupy wg podziału skali stenowej: postaw słabo nasilonych (1.–4. sten), średnio nasilonych (5.–6. sten) i silnych (7.–10. sten). Następnie przeprowadzono analizę różnic w podgrupach z wykorzystaniem jednoczynnikowej analizy wariancji ANOVA dla zmiennych charakteryzujących się rozkładem normalnym lub testu Kruskala-Wallis dla zmiennych o rozkładzie różnym od normalnego

W wypadku stwierdzenia istotnych statystycznie różnic przeprowadzono testy *post-hoc* w celu określenia charakteru różnic.

Odnotowano istnienie istotnych statystycznie różnic między podgrupami pacjentów przejawiających różne nasilenie strategii konstruktywnych w zakresie wszystkich wskaźników jakości życia w kwestionariuszu QLQ-C30 z wyjątkiem skali funkcjonowania w rolach życiowych.

Uzyskane wyniki badań własnych w zakresie postaw i strategii konstruktywnych wskazują, że chorzy na chorobę nowotworową: 1) przejawiający wysokie nasilenie konstruktywnej strategii radzenia sobie z chorobą lepiej funkcjonują fizycznie i społecznie w porównaniu z chorymi wykazującymi niskie i średnie nasilenie konstruktywnej strategii radzenia sobie z chorobą, ale różnice takie nie występują u chorych przejawiających niskie i średnie nasilenie konstruktywnej strategii radzenia sobie z chorobą, 2) przejawiający średnie i wysokie nasilenie konstruktywnej strategii radzenia sobie z chorobą lepiej funkcjonują emocjonalnie i poznawczo oraz osiągają wyższą ogólną jakość życia w porównaniu z chorymi przejawiającymi niskie nasilenie konstruktywnej strategii radzenia sobie z chorobą, ale różnice takie nie występują u chorych przejawiających średnie i wysokie nasilenie konstruktywnej strategii radzenia sobie z chorobą, 3) przejawiający niskie, średnie i wysokie nasilenie konstruktywnej strategii radzenia sobie z chorobą nie różnią się w zakresie funkcjonowania w rolach życiowych.

Uzyskane wyniki badań własnych w zakresie postaw i strategii destruktywnych wskazują, że chorzy na chorobę nowotworową: 1) przejawiający niskie, średnie i wysokie nasilenie destruktywnej strategii radzenia sobie z chorobą różnią się w zakresie funkcjonowania fizycznego i emocjonalnego, 2) przejawiający wysokie nasilenie destruktywnej strategii radzenia sobie z chorobą gorzej funkcjonują poznawczo i społecznie w porównaniu z chorymi przejawiającymi niskie i średnie nasilenie destruktywnej strategii radzenia sobie z chorobą, ale różnice takie nie występują u chorych przejawiających niskie i średnie nasilenie destruktywnej strategii radzenia sobie z chorobą, 3) przejawiający niskie nasilenie destruktywnej strategii radzenia sobie z chorobą osiągają znacząco niższą ogólną jakość życia w porównaniu z chorymi przejawiającymi średnie i wysokie nasilenie destruktywnej strategii radzenia sobie z chorobą, ale różnice takie nie występują u chorych przejawiających średnie i wysokie nasilenie destruktywnej strategii radzenia sobie z chorobą, 4) przejawiający niskie, średnie i wysokie nasilenie destruktywnej strategii radzenia sobie z chorobą nie różnią się w zakresie funkcjonowania w rolach życiowych.

Uzyskane wyniki są częściowo pozytywną weryfikacją hipotezy przewidującej, że osoby z chorobą

nowotworową przejawiający niskie, średnie i wysokie nasilenie destruktywnej strategii radzenia sobie z chorobą osiągają różny zakres funkcjonowania fizycznego, emocjonalnego, poznawczego, w rolach życiowych i relacjach społecznych oraz poziomu ogólnej jakości życia.

Analiza związku między postawami i strategiami radzenia sobie z chorobą a jakością życia uwarunkowaną stanem zdrowia

Analizy zależności pomiędzy badanymi zmiennymi dokonano z użyciem testu Tau Kendalla. Zaobserwowano istotne statystycznie dodatnie korelacje między postawą walki, pozytywnego przewartościowania i konstruktywną strategią radzenia sobie z chorobą nowotworową a funkcjonowaniem fizycznym, emocjonalnym, poznawczym, w relacjach społecznych oraz ogólną jakością życia, a także istotne statystycznie ujemne korelacje między postawą zaabsorbowania lękowego, bezradności–beznadziei i destruktywną strategią radzenia sobie z chorobą nowotworową a funkcjonowaniem fizycznym, emocjonalnym, poznawczym, w relacjach społecznych oraz ogólną jakością życia. Nie stwierdzono istotnych statystycznie korelacji między postawą walki, pozytywnego przewartościowania, zaabsorbowania lękowego, bezradności–beznadziei, konstruktywną i destruktywną strategią radzenia sobie z chorobą nowotworową a funkcjonowaniem w rolach życiowych.

Uzyskane wyniki badań własnych wskazują, że: 1) im chory przejawia wyższe nasilenie postawy walki, pozytywnego przewartościowania i konstruktywnej strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową, tym lepiej funkcjonuje fizycznie, emocjonalnie, poznawczo, w relacjach społecznych oraz tym osiąga wyższą ogólną jakość życia; 2) im chory przejawia wyższe nasilenie postawy zaabsorbowania lękowego, bezradności–beznadziei i destruktywnej strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową, tym gorzej funkcjonuje fizycznie, emocjonalnie, poznawczo, w relacjach społecznych oraz tym osiąga niższą ogólną jakość życia; 3) nie stwierdzono związku między postawą walki, pozytywnego przewartościowania, zaabsorbowania lękowego, bezradności–beznadziei, konstruktywną i destruktywną strategią radzenia sobie z chorobą nowotworową a funkcjonowaniem w rolach życiowych.

Uzyskane wyniki stanowią częściowo pozytywną weryfikację hipotezy przewidującej, że istnieje dodatnia zależność między postawą walki, pozytywnego przewartościowania i konstruktywną strategią radzenia sobie z chorobą nowotworową a funkcjonowaniem fizycznym, emocjonalnym, poznawczym, w rolach życiowych i relacjach społecznych oraz ogólną jakością życia oraz że istnieje ujemna zależność między postawą zaabsorbowania lękowego, bezradności–beznadziei

i destruktywną strategią radzenia sobie z chorobą nowotworową a funkcjonowaniem fizycznym, emocjonalnym, poznawczym, w rolach życiowych i relacjach społecznych oraz ogólną jakością życia.

DYSKUSJA

Uzyskane wyniki badań własnych w zakresie różnic między nasileniem postawy i strategii związanej z przystosowaniem psychicznym do choroby nowotworowej a poziomem jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia są spójne z:

- 1) wynikami badań Haybittle i wsp. [8], Morris [9], Pettingale [10], które stwierdzają, że pacjenci uruchamiający konstruktywne strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową osiągnęli wyższą jakość życia;
- 2) badaniami Adamczak [11] oraz Chojnackiej-Szawłowskiej [12], w których odnotowano, że strategie aktywne, konfrontacyjne wpływają pozytywnie na jakość życia;
- 3) badaniami Greer i wsp. [4, 5] oraz Thome i Halberg [26], które wskazują, że konstruktywna strategia radzenia sobie z chorobą wiąże się z wysoką jakością życia;
- 4) badaniami Adamczak [11] i Chojnackiej-Szawłowskiej [12], w których stwierdzono, że strategie opierające się na bierności i rezygnacji wpływają negatywnie na jakość życia;
- 5) badaniami Greer i wsp. [5], Thome i Halberg [26] oraz badaniami Johansson i wsp. [21], w których zaobserwowano, że pacjenci prezentujący postawę bezradności-beznadziei oraz postawę zaabsorbowania lękowego wykazywali obniżony poziom jakości życia.

Uzyskane wyniki badań własnych w zakresie związku między przystosowaniem psychicznym do choroby nowotworowej a jakością życia uwarunkowanej stanem zdrowia są spójne z wynikami badań:

- 1) Haybittle i wsp. [8], Morris [9], Pettingale [10], w których stwierdzono, że pacjenci uruchamiający konstruktywne strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową osiągnęli wyższą jakość życia;
- 2) Adamczak [11] i Chojnackiej-Szawłowskiej [12], w których odnotowano, że strategie aktywne, konfrontacyjne wpływają pozytywnie na jakość życia;
- 3) Watson i wsp. [20], w których zaobserwowano, że wysokie nasilenie postawy bezradności-beznadziei wiązało się z niskim poziomem jakości życia;
- 4) Johansson i wsp. [21], w których stwierdzono, że pacjenci przyjmujący postawę bezradności-beznadziei oraz postawę zaabsorbowania lękowego wykazywali obniżony poziom jakości życia;
- 5) Greer i Morris [22] oraz Laarhoven i wsp. [23], w których odnotowano, że postawa ducha walki jest związana z wyższym poziomem jakości życia.

Uzyskane wyniki wskazują także, że warto wspierać pacjenta w uruchamianiu przez niego strategii konstruktywnych, ponieważ pozwala to na osiągnięcie przez niego wyższej jakości życia i lepsze funkcjonowanie.

Spójność wyników badań własnych z wynikami cytowanych prac może być przesłanką świadcząca o poprawności metodologicznej badań własnych pomimo zastosowania odmiennych procedur badawczych w odniesieniu do cytowanych prób. Uzyskane wyniki potwierdzają założenie o wpływie strategii radzenia sobie z chorobą na jakość życia we wszystkich wymiarach funkcjonalnych. Otrzymane wyniki stanowią cenną wskazówkę, że warto diagnozować rodzaj i siłę przyjmowanej przez pacjenta strategii, ponieważ koresponduje to z poziomem jego jakości życia. Uzyskane wyniki wskazują, że warto stymulować pacjenta do uruchamiania strategii konstruktywnych, ponieważ pozwala to na osiągnięcie przez niego wyższej jakości życia i lepsze funkcjonowanie, co przekłada się na większe zaangażowanie pacjenta w proces terapeutyczny i lepsze rokowanie. Otrzymane wyniki sugerują, że u pacjentów z niską jakością życia w celu jej podwyższenia warto poszerzać diagnostykę o rozpoznanie rodzaju uruchamianej strategii radzenia sobie z chorobą i poszerzenie zakresu leczenia o psychoterapię ukierunkowaną na pracę z negatywnymi postawami, takimi jak postawa lękowa oraz bezradność-beznadzieja, a także na wypracowywaniu pozytywnych postaw, takich jak postawa walki i pozytywnego przewartościowania. Przedstawione wyniki badań są kolejnymi danymi empirycznymi, poszerzającymi zakres wiedzy z zakresu psychologicznych uwarunkowań szeroko pojętej jakości życia pacjenta opierającej się nie tylko na stanie zdrowia, lecz także na strategiach przystosowawczych do choroby nowotworowej. Co więcej, przeprowadzone badania wydają się ważne ze względów praktycznych, gdyż wiedza ta powinna ułatwić wnikliwą diagnozę funkcjonowania pacjenta, a tym samym pozwolić na zaplanowanie właściwej interwencji medycznej i psychologicznej.

PIŚMIENNICTWO

1. Antonovsky A. Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia. W: Heszen-Niejodek I, Sęk H (red.). Psychologia zdrowia. PWN, Warszawa 1997; 206-231.
2. Kubacka-Jasiecka D, Mudyń K. Kryzys, interwencja i pomoc psychologiczna. Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2004.
3. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. Springer, New York 1984.
4. Greer S, Moorey S, Watson M. Patients' adjustment to cancer, the mental adjustment to cancer (MAC) scale vs clinical ratings. J Psychosom Res 1989; 33: 373-377.
5. Greer S, Morris T, Pettingale KW. Psychological response to breast cancer, effect on outcome. Lancet 1979; 2: 785-787.
6. Juczyński Z. Poczucie własnej skuteczności jako wyznacznik zachowań zdrowotnych. Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna 1998; 14.

7. Juczyński Z. Radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową. W: Walden-Gałuszko K (red.). Psychoonkologia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000.
8. Haybittle JL, Smith RE, Dobbs HJ. Cardiac doses in post-operative breast irradiation. *Radiother Oncol* 1992; 25: 19-24.
9. Pettingale KW, Morris T, Greer S, Haybittle JL. Mental attitudes to cancer: an additional prognostic factor. *Lancet* 1985; 1 (8431): 750.
10. Pettingale KW. Coping and cancer prognosis. *J Psychosom Res* 1984; 28: 363-364.
11. Adamczak M. Wybrane procesy poznawcze i emocjonalne u kobiet po mastektomii. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, Poznań 1988.
12. Chojnacka-Szawłowska G. Kryzys w chorobie nowotworowej i sposoby jego przezwyciężania. W: Walden-Gałuszko K (red.). Psychoonkologia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000; 55-70.
13. Jocham HR, Dassen T, Widdershoven G, Halfens R. Evaluating palliative care – a review of the literature. *Palliative Care: Research and Treatment* 2009; 3: 5-12.
14. Majkowicz M, Walden-Gałuszko K. Raport z pracy nad adaptacją do warunków polskich kwestionariusza EORTCQLQ-C30 do badania jakości życia pacjentów onkologicznych (tekst nieopublikowany, badania prowadzono w ramach projektu celowego Nr 597/CS-4-4/93 finansowanego przez KBN, 1993).
15. Schipper H. Quality of life, principles of the clinical paradigm. *J Psychosoc Oncol* 1990; 8: 171-185.
16. World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care. WHO, Geneva 1990; 804.
17. Walden-Gałuszko K. Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotematologii. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1992.
18. Walden-Gałuszko K, Majkowicz M. Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994; 37: 120-126.
19. Walden-Gałuszko, K. Podstawy opieki paliatywnej. PZWL Warszawa 2004.
20. Watson M, Haviland JS, Greer S, et al. Influence of psychological response on survival in breast cancer, a population-based cohort study. *Lancet* 1999; 354: 1331-1336.
21. Johansson E, Steineck G, Holmberg L, et al. 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.
22. Greer S, Morris T, Pettingale KW, Haybittle JL. Psychological response to breast cancer and 15-year outcome. *Lancet* 1990; 335: 49-50.
23. 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.
24. Frankfort-Nachmias Ch, Nachmias D. Metody badawcze w naukach społecznych. Zys i S-ka, Poznań 2001.
25. Greer S, Moorey S, Watson M. Patients' adjustment to cancer, the mental adjustment to cancer (MAC) scale vs clinical ratings. *J Psychosom Res* 1989; 33: 373-377.
26. Thome B, Hallberg IR. Quality of life in older people with cancer – a gender perspective. *Eur J Cancer Care* 2004; 13: 454-463.
27. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia, PTP. Warszawa 2001.
28. EORTC Study Group on Quality of Life (1995). Scoring manual. Brussels, EORTC.