

Umiejscowienie kontroli zdrowia a lęk i depresja u pacjentów z chorobą nowotworową tkanek miękkich i kości

Health locus of control and anxiety and depression in patients with cancer of soft tissue and bone

Mariola Kosowicz¹, Marta Kulpa², Urszula Ziętalewicz³, Beata J. Stypuła-Ciuba⁴, Małgorzata Grzejszczak¹, Patrycja Ziółkowska¹, Dorota Kazalska¹

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

²Zakład Psychologii Medycznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

³Katedra Psychopatologii i Psychoterapii, Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski

⁴Poradnia Leczenia Bólu i Medycyny Paliatywnej, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Streszczenie

Cel pracy: Ocena nasilenia negatywnych emocji oraz przekonań na temat kontroli zdrowia u pacjentów leczących się po raz pierwszy oraz po raz kolejny, a także ocena, czy występują związki między przekonaniami na temat kontroli zdrowia a negatywnymi emocjami w obu grupach.

Materiał i metody: W badaniu wzięło udział 40 pacjentów hospitalizowanych w Klinice Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków Centrum Onkologii w Warszawie. Osoby badane miały 19–69 lat. Grupa badana obejmowała 22 osoby leczone po raz pierwszy oraz 18 pacjentów leczących się po raz kolejny. Zastosowano *Szpitalną skalę depresji i lęku*, *Skalę umiejscowienia kontroli zdrowia* oraz ankietę dotyczącą zmiennych demograficznych. Porównano grupy pacjentów leczących się po raz pierwszy i po raz kolejny pod względem negatywnych emocji i przekonań na temat kontroli zdrowia oraz oceniono związki między badanymi zmiennymi w obu grupach.

Wyniki: U pacjentów leczących się po raz pierwszy w porównaniu z pacjentami leczącymi się po raz kolejny stwierdzono wyższy poziom depresji oraz niższy poziom kontroli wewnętrznej i wpływu innych. U pacjentów leczących się po raz kolejny odnotowano istotny ujemny związek między poziomem depresji a kontrolą wewnętrzną.

Wnioski: Adaptacja do choroby różni się w zależności od etapu choroby, należy więc stosować interwencje dobrane do funkcjonowania psychologicznego pacjentów.

Słowa kluczowe: kontrola zdrowia, lęk, depresja, choroba nowotworowa.

Abstract

The aim of the study: To assess the severity of negative emotions and beliefs about health checks for patients receiving treatment for the first time and again and the assessment of whether there are correlations between beliefs about health checks and negative emotions in both groups.

Material and methods: The study included 40 patients (age 19–69 years), who were treated in the Department of Soft Tissue/ Bone Sarcoma and Melanoma of the Maria Skłodowska-Curie Memorial Cancer Center and Institute of Oncology in Warsaw. The study group consists of 22 patients receiving treatment for the first time and 18 patients receiving treatment again. We used The Hospital and Anxiety Scale, The Multidimensional Health Locus of Control Scale, and a questionnaire on demographics. We compared the group of patients receiving treatment for the first time with the one receiving treatment again in terms of negative emotions and beliefs about health control, and assessed the relationship between the variables in both groups.

Results: Patients receiving treatment for the first time, compared to the other group, have higher depression rates and lower rates of internal control and influence of others. In group of patients receiving treatment again, a significant negative relationship between rates of depression and internal control was established.

Conclusions: The adaptation to the cancer disease varies depending on the stage of the disease, therefore intervention should take into consideration patients' psychological functioning.

Key words: control of health, anxiety, depression, cancer.

Adres do korespondencji:

lek. Beata Jadwiga Stypuła-Ciuba, Poradnia Leczenia Bólu i Medycyny Paliatywnej,
Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, ul. Roentgena 5, 02-781 Warszawa,
e-mail: bciuba@coi.waw.pl

WSTĘP I CEL PRACY

Diagnoza choroby nowotworowej stanowi źródło stresu i wiąże się z odczuwaniem negatywnych emocji, z przerażeniem i utratą kontroli, m.in. nad stanem swojego zdrowia [1]. W przypadku nowotworów tkanek miękkich i kości, które występują rzadko, dochodzi brak informacji o tym typie choroby, co może wzmacniać poczucie dezorientacji i bezradności [2].

Choroba nowotworowa ma charakter przewlekły, pacjent jest więc zmuszony częściowo zmodyfikować swój dotychczasowy tryb życia. Adaptacja do nowej sytuacji obejmuje z jednej strony opanowanie negatywnych emocji, a z drugiej wdrożenie nowych zachowań, adekwatnych do sytuacji choroby. Poczucie kontroli nad zdrowiem odgrywa w tym procesie niezwykle istotną rolę. Teoria dotycząca poczucia kontroli nad zdrowiem jednoznacznie wskazuje, że przekonanie o sprawowaniu kontroli nad własnym zdrowiem jest związane z lepszym przystosowaniem do choroby definiowanym jako podejmowanie zachowań zmierzających do jego poprawy. Wyniki badań podkreślają z kolei inny aspekt psychologicznego przystosowania do choroby i nie są jednak tak spójne – można znaleźć wyniki zarówno potwierdzające, że istnieją związki między silnym poczuciem kontroli nad zdrowiem a niskimi emocjami negatywnymi, jak i pokazujące, że takie zależności nie występują.

Wallston (1997) wiąże przekonania na temat kontroli nad zdrowiem z zachowaniami zdrowotnymi [3]. Zgodnie z jego teorią osoby, które są zmotywowane ze względu na stan zdrowia do działania, ale nie wierzą, że mogą je kontrolować, nie będą podejmowały działań zmierzających do zmiany stanu zdrowia. Same zachowania zdrowotne nie są jednak wynikiem wyłącznie przekonania, że zdrowie podlega kontroli, ale zależą także od innych czynników, np. efektywności własnej.

U kobiet z nowotworem piersi przekonanie, że one same lub inni (np. lekarze) są w stanie sprawować kontrolę nad chorobą, wiąże się z lepszym przystosowaniem, rozumianym jako m.in. ocena przystosowania i radzenia sobie z chorobą dokonana przez pacjentki oraz inne osoby, brak negatywnych emocji, poczucie własnej wartości [4]. U kobiet z rakiem jajników, które postrzegają sytuację choroby jako podlegającą kontroli oraz stosując strategię radzenia sobie

ze stresem, są skoncentrowane na rozwiązaniu problemu, obniża się poziom dystresu (lęku, depresji, gniewu, witalności, zmęczenia, zmieszania) [5]. U pacjentów z rakiem piersi oraz chłoniakami stwierdzono, że wysokie nasilenie lęku i depresji jest związane z niskim poczuciem kontroli wewnętrznej [6]. Z drugiej strony jednak u pacjentów z nowotworami nie zaobserwowano zależności między poczuciem kontroli zdrowia a depresją i lękiem [11].

Na podstawie opisanej teorii i wyników badań można zakładać, że poczucie sprawowania kontroli nad zdrowiem wiąże się z niskim nasileniem negatywnych emocji. Celem badania była więc ocena nasilenia negatywnych emocji oraz przekonań na temat kontroli zdrowia u pacjentów leczących się po raz pierwszy oraz po raz kolejny, a także ocena, czy występują związki między przekonaniami na temat kontroli zdrowia a negatywnymi emocjami w obu grupach.

MATERIAŁ I METODY

Grupa badana i procedura badania

W badaniu wzięło udział 40 pacjentów w wieku 19–69 lat z rozpoznaniem nowotworem tkanek miękkich i kości leczonych w Klinice Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie. Pierwotną metodą leczenia u wszystkich pacjentów było leczenie operacyjne, a metodami wspierającymi – chemioterapia i radioterapia. Po wyrażeniu przez pacjentów dobrowolnej ustnej zgody na wzięcie udziału w badaniu, byli oni proszeni o wypełnienie ankiet samoopisowych, które analizowano w anonimowych zestawieniach zbiorczych.

Pacjenci leczący się po raz pierwszy stanowili 55% badanych (22 osoby), a leczący się po raz kolejny – 45% (18 osób). Struktura demograficzna obu grup była zbliżona – większość badanych miała wykształcenie wyższe [pierwsze leczenie (P): 40,9%, kolejne leczenie (K): 44,4%] lub średnie (P: 40,9%, K: 38,9%), najmniej – zawodowe (P: 18,2%, K: 16,7%). W obu grupach większość badanych pozostawała w związku (P: 77,3%, K: 61,6%). Zbliżony odsetek badanych mieszkał na wsi (P: 40,9%, K: 33,3%), co w dużym mieście (P: 40,9%, K: 38,9%), najmniej osób – w małym mieście (P: 18,2%, K: 27,8%). Różnica między grupami występowała jedynie w rozkładzie

płci – wśród pacjentów leczonych po raz pierwszy przeważali mężczyźni (55,5%), a wśród pacjentów leczonych po raz kolejny – kobiety (61,6%). Średni wiek badanych wynosił 41 lat.

Narzędzia badawcze

Dane demograficzne: wiek, wykształcenie, status zawodowy i miejsce zamieszkania, zostały zebrane za pomocą ankiety.

Umiejscowienie kontroli zdrowia oceniono przy użyciu *Skali umiejscowienia kontroli zdrowia (Multidimensional Health Locus of Control Scale – MHLC)* [3]. Kwestionariusz zawiera 18 twierdzeń, które odnoszą się do trzech wymiarów:

- kontrola wewnętrzna – przekonanie, że sprawuję kontrolę nad własnym zdrowiem,
- wpływ innych – przekonanie, że mój stan zdrowia zależy od działań innych,
- przypadek – przekonanie, że mój stan zdrowia jest zależny od czynników losowych: przypadku, szczęścia lub losu.

Wyniki oblicza się poprzez zsumowanie twierdzeń dla każdej ze skal, zawierają się one w przedziale 6–36 punktów. Im wyższy jest wynik, tym badany ma silniejsze przekonanie, że dany czynnik przyczynia się do stanu jego zdrowia. Właściwości psychometryczne polskiej wersji narzędzia są zadowalające [7].

Nasilenie negatywnych emocji – depresji i lęku – oceniono przy użyciu *Szpitalnej skali depresji i lęku (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS)* [8]. Jest to narzędzie przesiewowe do diagnozowania zaburzeń lękowych (7 pozycji) i depresyjnych (7 pozycji) u osób z chorobami somatycznymi. Wyniki oblicza się poprzez zsumowanie pytań dla skali – im wyższy wynik, tym wyższe nasilenie zaburzenia. Wynik dla

każdej ze skal mieszczący się w przedziale od 0 do 7 punktów oznacza brak zaburzenia, w przedziale od 8 do 10 – stany graniczne, a w przedziale od 11 do 21 – występowanie zaburzenia lękowego lub depresyjnego. Właściwości psychometryczne polskiej wersji narzędzia są zadowalające [9, 10].

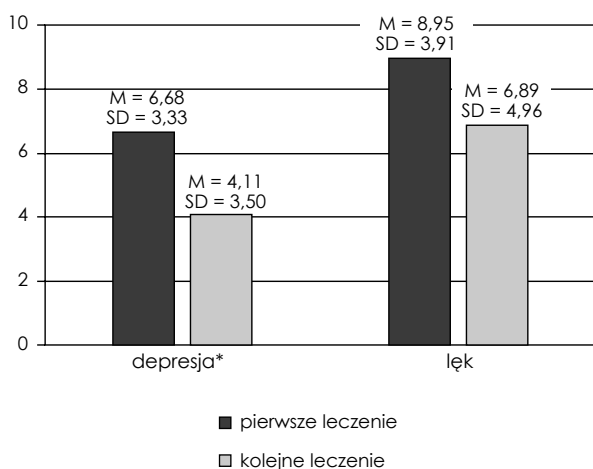
Analizy statystyczne

Analizy statystyczne przeprowadzono z wykorzystaniem programu IBM SPSS Statistics 21. Porównania między grupami osób leczących się po raz pierwszy i po raz kolejny w zakresie badanych zmiennych dokonano przy użyciu testu *t-Studenta* dla prób niezależnych. Zależności między zmiennymi zostały ocenione z zastosowaniem testu tau Kendalla.

WYNIKI

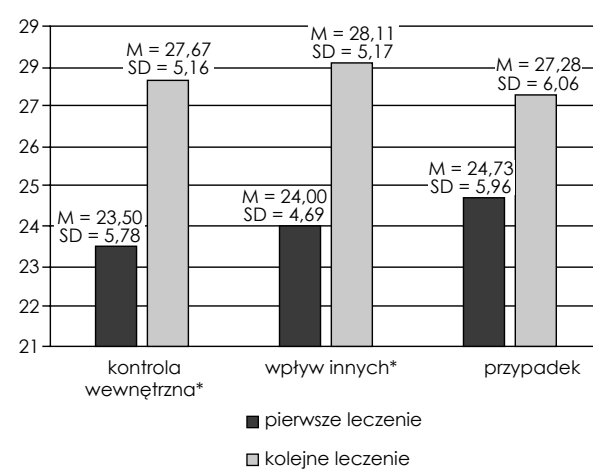
Porównanie pacjentów leczących się po raz pierwszy i po raz kolejny w zakresie negatywnych emocji oraz przekonań na temat kontroli zdrowia

Stwierdzono, że osoby leczone po raz pierwszy w porównaniu z osobami leczącymi się po raz kolejny mają wyższy poziom depresji ($t(38) = 2,376; p = 0,023$), a także silniejsze przekonanie, że o ich stanie zdrowia decydują oni sami ($t(38) = -2,380; p = 0,022$) oraz inne osoby, np. personel medyczny ($t(38) = -2,635; p = 0,012$). Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic między grupami w zakresie nasilenia lęku ($t(38) = 1,474; p = 0,149$) oraz przekonaniu, że o własnym stanie zdrowia decyduje przypadek ($t(38) = -1,337; p = 0,189$). Wyniki porównań przedstawiono na rycinach 1. i 2.



* $p < 0,05$, M – średnia, SD – odchylenie standardowe

Ryc. 1. Porównanie nasilenia depresji i lęku u chorych leczonych po raz pierwszy z chorymi leczonymi po raz kolejny w badanej grupie chorych z nowotworami tkanek miękkich i kości



* $p < 0,05$, M – średnia, SD – odchylenie standardowe

Ryc. 2. Porównanie przekonań o umiejscowieniu kontroli zdrowia u chorych leczonych po raz pierwszy z chorymi leczonymi po raz kolejny w badanej grupie chorych z nowotworami tkanek miękkich i kości

Związki między negatywnymi emocjami a przekonaniem na temat kontroli zdrowia w grupach pacjentów leczących się po raz pierwszy i po raz kolejny

Jedynie w grupie pacjentów leczących się po raz kolejny stwierdzono ujemną korelację między lękiem a kontrolą wewnętrzną. Nie stwierdzono istotnych statystycznie związków między pozostałymi wymiarami poczucia kontroli zdrowia z lękiem oraz z depresją u pacjentów leczących się po raz kolejny oraz żadnych istotnych związków między badanymi zmiennymi u pacjentów leczących się po raz pierwszy. Wyniki przedstawiono w tabeli 1.

OMÓWIENIE

Uzyskane wyniki w odniesieniu do różnic między pacjentami leczącymi się po raz pierwszy i po raz kolejny w zakresie negatywnych emocji świadczą o tym, że przebieg choroby jest inny w obu grupach. Poziom depresji jest istotnie wyższy u osób leczących się po raz pierwszy, co przejawia się utratą chęci życia i biernymi zachowaniami (np. zaprzestaniem dbania o wygląd zewnętrzny). Wynik ten może być zrozumiały w obliczu otrzymania diagnozy choroby nowotworowej, która jest traktowana jako zagrażająca życiu. Poziom lęku w obu grupach bliski jest natomiast stanom granicznym i jednocześnie wyższy niż nasilenie depresji. Może to wskazywać, że pacjentom z chorobą nowotworową często towarzyszy uczucie napięcia, napady lęku, przeczucie najgorszego, smutne myśli, rzadko natomiast są w stanie zrelaksować się i usiedzieć spokojnie w miejscu.

Pacjenci leczący się po raz kolejny mają znacznie silniejsze przekonanie, że ich stan zdrowia podlega kontroli – zarówno przez nich samych, jak i przez personel medyczny. Warto także zauważyć, że trzeci wymiar – wiara w przypadek – jest na podobnym poziomie, co pozostałe dwa wymiary u pacjentów leczących się po raz kolejny. Może to świadczyć o tym, że osoby, które przeszły wcześniejsze leczenie, oceniają, że ich stan zdrowia jest zależny od wielu czynników – zarówno tych, na które można wpłynąć (ich własne

działania, personel medyczny), jak i tych, na które nie można wpłynąć (szczęście, los, przypadek).

Wynik świadczący o tym, że niższy poziom depresji wiąże się z silniejszym poczuciem kontroli wewnętrznej jest zgodny z wynikami badania, które potwierdzają te związki [11]. Jest on jednak prawdziwy tylko w przypadku pacjentów leczących się po raz kolejny. Wynik świadczący o braku związków między ocenianymi zmiennymi także znajduje potwierdzenie w badaniach [12]. Występowanie związków u chorych leczących się po raz kolejny oraz brak związku u leczących się po raz pierwszy może być związany z odmienną adaptacją do choroby. Wynik ten koresponduje z wynikami badania Andrykowskiego i Brady'ego, które wskazuje na to, że przystosowanie do choroby pacjentów z nowotworem złośliwym, czekających na przeszczep szpiku kostnego, przebiega różnie, w zależności od etapu choroby: zaawansowania choroby i historii leczenia [13].

WNIOSKI

U pacjentów leczących się z powodu nowotworów tkanek miękkich i kości występuje zróżnicowana adaptacja do choroby, co oznacza, że podejście do pacjentów powinno uwzględniać etap choroby, na którym się znajdują. U pacjentów leczących się po raz kolejny należy dążyć do obniżenia poziomu depresji, wiąże się ona bowiem z przekonaniem, że pacjent sprawuje kontrolę nad chorobą.

U pacjentów leczących się po raz pierwszy warto wzmocnić przekonanie, że nowotwór jest chorobą przewlekłą dającą możliwości leczenia przyczynowego i objawowego i w której nastawienie psychiczne pacjenta odgrywa ważną rolę. Warto więc podkreślać, że kontrola choroby zależy od wielu czynników, a jednym z nich jest przekonanie pacjenta, że może brać aktywny udział w procesie leczenia.

Zarówno u chorych leczących się po raz pierwszy, jak i po raz kolejny warto pracować nad obniżeniem poziomu lęku. U pacjentów leczących się po raz pierwszy powinno się dodatkowo stosować interwencje psychologiczne zmierzające do obniżenia poziomu depresji, co może się przyczynić do

Tabela 1. Współczynniki korelacji tau Kendalla między depresją i lękiem a wymiarami poczucia kontroli zdrowia w grupach pacjentów leczących się po raz pierwszy i po raz kolejny

	Depresja		Lęk	
	P n = 22	K n = 18	P n = 22	K n = 18
kontrola wewnętrzna	-0,178	-0,090	-0,166	-0,365*
wpływ innych	0,041	0,106	-0,079	0,000
przypadek	0,147	0,236	0,093	0,126

P – pierwsze leczenie; K – kolejne leczenie; * p < 0,05

zmniejszenia bierności pacjentów i poczucia braku wpływu na swoje zdrowie i życie w procesie terapeutycznym.

Autorki zgłaszają brak konfliktu interesów.

PIŚMIENNICTWO

1. Neipp MC, López-Roig S, Pastor M. Control beliefs in cancer: A literature review. *Anuario de psicología* 2007; 38: 333-355.
2. Wojciechowska U, Didkowska J, Zatoński W. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2010 roku. Krajowy Rejestr Nowotworów, Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów, Warszawa 2012.
3. Wallston KA, Wallston BS, DeVellis R. Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Educ Monogr* 1978; 6: 160-170.
4. Taylor SE, Lichtman RR, Wood JW. Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *J Pers Soc Psychol* 1984; 46: 489-502.
5. Fang CY, Daly MB, Miller SM, et al. Coping with ovarian cancer risk: The moderating effects of perceived control on coping and adjustment. *Br J Health Psychol* 2006; 11 (Pt 4): 561-580.
6. Burgess C, Morris T, Pettingale KW. Psychological response to cancer diagnosis – II. Evidence for coping styles (coping styles and cancer diagnosis). *J Psychosom Res* 1988; 32: 263-272.
7. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2009.
8. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361-370.
9. Borawska-Kowalczyk U, Sands D. Skala Depresji i Lęku (HADS) – zastosowanie w grupie zdrowych i chorych na mukowiscydozę nastolatków w Polsce. *Pediatr Pol* 2014; 89: 27-32.
10. Wichowicz HM, Wieczorek D. Badanie przesiewowe depresji poudarowej z użyciem Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Psychiatr Pol* 2011; 45: 505-514.
11. Marks G, Richardson JL, Graham JW, Levine A. Role of health locus of control beliefs and expectations of treatment efficacy in adjustment to cancer. *J Pers Soc Psychol* 1986; 51: 443-450.
12. Watson M, Pruyt J, Greek S, Van den Borne B. Locus of control and adjustment to cancer. *Psychological Reports* 1990; 66: 39-48.
13. Andrykowski MA, Brady MJ. Health locus of control and psychological distress in cancer patients: Interactive effects of context. *J Behav Med* 1994; 17: 439-458.
14. Wallston KA. Perceived control and health behaviour. *Cambridge handbook of psychology, health and medicine*. Cambridge University Press 1997.