Współczesna Onkologia (2005) vol. 9; 9 (396–403)

Pacjenci ze stwierdzoną chorobą nowotworową narażeni są bardzo na wystąpienie lęku i depresji. Przyczyną są zarówno zmiany biologiczne, zachodzące w organizmie, jak i czynniki społeczne. Pomimo dużego rozpowszechnienia tych zaburzeń, tylko 20 proc. z nich jest prawidłowo rozpoznawanych. Celem pracy była ocena nasilenia lęku i depresji u pacjentów z chorobą nowotworową oraz wpływu czynników społeczno-demograficznych na nasilenie objawów lęku i depresji. Badaniem objęto grupę 100 osób, u których chorobę nowotworową stwierdzono w okresie ostatniego półrocza. Narzędziem badawczym była osobiście opracowana ankieta, częściowo oparta na *skali depresji Becka*. W wyniku badań stwierdzono, że z powodu lęku cierpiało 91 proc., a objawy depresji wystąpiły u 41 proc. pacjentów. Wykazano, że lęk i depresja są istotnym problemem u pacjentów z chorobą nowotworową, a przyczyny lęku są z nią ściśle związane. Odsetkowo wykazano zależność nasilenia depresji i lęku od takich czynników, jak posiadanie dzieci, partnera oraz wykształcenia.

Słowa kluczowe: depresja, lęk, choroba nowotworowa.

Depresja i lęk u chorych z nowotworami złośliwymi

Depression and anxiety in patients with cancer

Andrzej Nowicki, Beata Rządkowska

Zakład Pielęgniarstwa Onkologicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wstęp

Lęk i depresja są zaburzeniami psychologicznymi, najczęściej pojawiającymi się u pacjentów nowotworowych [1–3]. Lęk towarzyszy niemalże każdemu pacjentowi onkologicznemu. Pojawia się jeszcze przed rozpoznaniem, kiedy to występują pierwsze niepokojące objawy, mogące świadczyć o tym, że to rak i trwa przez cały czas, nawet po zakończeniu leczenia, gdyż nie ma pewności, że nowotwór nie ulegnie wznowie [4]. Choroba nowotworowa silnie wpływa na wszystkie sfery egzystencji człowieka. Jej konsekwencje są odczuwane zarówno w sferze biologicznej, psychicznej i społecznej. Wiele z nich może być przyczyną pojawienia się lęku i depresji u chorych onkologicznych [5].

Konsekwencje biologiczne dla organizmu w przypadku wystąpienia i leczenia nowotworu są bardzo przykre dla chorego. Jednym z takich następstw jest osłabienie sił ustroju, które powoduje jednocześnie obniżenie całej dynamiki życiowej, co jest jednym z objawów zaburzeń depresyjnych. Przyczyną osłabienia może być ból, czy objawy ze strony przewodu pokarmowego, takie jak nudności, wymioty i biegunka [6].

Wiadomość o ciężkiej chorobie wywołuje bardzo silne, negatywne reakcje emocjonalne, takie jak lęk, poczucie zagrożenia i niepokój [2]. Z pewnością silny wpływ na występowanie lęku i depresji w chorobach nowotworowych ma powszechnie występująca w społeczeństwie kancerofobia, czyli lęk przed rakiem. Wśród przyczyn powodujących zaburzenia depresyjne u pacjentów z nowotworem wymienia się poczucie zagrożenia życia, niepewność dotyczącą najbliższej przyszłości, utratę kontroli nad własnym życiem oraz niedostateczną liczbę informacji dotyczących choroby i możliwości leczenia. Depresję potęguje jeszcze bezsilność wobec choroby. Pacjent nie może wpłynąć na jej przebieg poprzez zmianę diety, stylu życia czy odchudzanie. Ten brak osobistego wpływu na przezwyciężanie choroby może pogłębiać bierną postawę wobec całego procesu leczenia [2]. Tak więc objawy depresyjne i lęk są w pełni usprawiedliwione jako naturalna reakcja na ciężką, wyniszczającą i źle rokującą chorobę.

Dla pacjenta chorego na raka zmienia się całkowicie także sytuacja społeczna. Często musi on wycofać się z życia, w którym wcześniej uczestniczył. Dodatkowym problemem wpływającym na pojawienie się lęku i depresji jest zależność od innych osób. Izolacja od rodziny i znajomych wywołuje poczucie osamotnienia. Zmiana wyglądu, upośledzenie czynności narządów, różne dolegliwości fizyczne mogą powodować izolację chorego od otoczenia. Ograniczenie roli zawodowej w połączeniu z koniecznością często kosztownego leczenia pociąga za sobą kolejne konsekwencje w postaci pogorszenia sytuacji materialnej całej rodziny. W niektórych przypadkach może to prowadzić do rozpadu więzi rodzinnych [2].

Według badań przeprowadzonych przez Sharpe i Stronga [7] tylko u 49 proc. pacjentów onkologicznych cierpiących na depresję zaburzenie to jest

Patients who suffer from cancer are particularly exposed to anxiety and depression. The reasons are both biological changes in the body and social factors. In spite of a large prevalence of these disorders only 20% of them are correctly diagnosed. The purpose of this paper was the evaluation of the intensity of anxiety and depression among patients with cancer as well as evaluation whether social and demographic factors have an influence on the intensity of anxiety and depression. The group of 100 people has been examined. Cancer has been diagnosed during the last half a year among those patients. I used a personally prepared questionnaire, partly based on the Beck's Depression Scale. The research proved that 91% of patients suffered from anxiety because of cancer and 41% of them had the symptoms of depression. The anxiety and depression as a real problem for patients with cancer was proved. The reasons of anxiety are connected to cancer. The statistical analysis showed that the intensity of anxiety and depression depends on such factors like having children, husband and education.

Key words: depression, anxiety, cancer.

wykrywane, u 42 proc. jest podejmowane leczenie depresji. Terapia skuteczna jest tylko u 15 proc.

Różne są czynniki społeczne, które sprzyjają powstawaniu depresji u osób z chorobą nowotworową. Do najważniejszych zalicza się młody wiek, płeć (kobiety są bardziej narażone na wystąpienie depresji), niski status społeczno-ekonomiczny, a także brak wsparcia ze strony partnera i nieprawidłowe z nim relacje [8]. Czynniki sprzyjające wystąpieniu depresji u osób z nowotworem to czynniki z okresu przed chorobą, rodzaj nowotworu, zaburzenia metaboliczne, cierpienie oraz leki [9].

Lęk, który jest reakcją na chorobę dotyczy dwóch aspektów: rezultatów choroby, czyli tego, co choroba zmieni w życiu pacjenta oraz technik i sposobów leczenia, które nierzadko są nieprzyjemne, bolesne i często nieznane pacjentowi [10].

Zaburzenia, takie jak lęk i depresja są często przyczyną utrudnień w procesie diagnostycznym i leczniczym u osób chorujących na nowotwory. Powodują przedłużanie się okresu hospitalizacji, a co za tym idzie, wzrost kosztów leczenia. Współpraca personelu medycznego z pacjentem jest znacznie utrudniona. Bardzo też obniża się jakość życia chorego, a także jego rodziny [2]. Pomimo tak rozległej skali tego problemu zaledwie 20 proc. osób cierpiących na depresję ma postawione prawidłowe rozpoznanie i podlega leczeniu [11]. W związku z tym podjęto próbę oceny nasilenia depresji i lęku u pacjentów z chorobą nowotworową oraz wpływ niezależnych czynników, takich jak posiadanie dzieci, samotność, poziom wykształcenia i miejsce zamieszkania na nasilenie tych objawów.

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone w Centrum Onkologii w Bydgoszczy, w maju i czerwcu 2005 r., wśród kolejnych 193 pacjentów z rozpoznaniem nowotworu złośliwego, którzy zgłosili się do izby przyjęć. Badaniu poddano 100 osób w wieku 23 do 92 lat (średnia 62,4). Wypełnienia ankiety odmówiło 84 pacjentów, a 9 wypełniło ją tylko częściowo, tych chorych wykluczono z badań. Kobiety stanowiły 61 proc., mężczyźni 39 proc. Najczęstszym rozpoznaniem był rak piersi (39 proc.), następnie rak płuca (27 proc.), rak przydatków (16 proc.), nowotwory złośliwe głowy (9 proc.), rak prostaty (5 proc.), rak krtani (3 proc.) i czerniak (1 proc.). Czas, który upłynął od rozpoznania choroby do badania ankietowego wynosił 1 do 6 mies. (średnia 4,5 mies.).

Badania przeprowadzono w okresie wiosenno-letnim, by uniknąć ryzyka depresji związanej z porą roku. Użyto ankietę osobiście opracowaną przez autorów, częściowo opartą na *skali depresji Becka*. Ankieta składała się z dwóch części. Część ankiety oceniająca poziom zaburzeń depresyjnych zawierała 8 pytań dotyczących teraźniejszości i tyle samo okresu sprzed choroby nowotworowej. Były 3 możliwe odpowiedzi. Pierwsza odpowiedź charakteryzowała osoby bez cech depresji i pacjent otrzymywał 0 punktów, druga dotyczyła osoby z obniżonym nastrojem (1 punkt), a trzecia odpowiedź świadczyła o głębokim zaburzeniu depresyjnym (2 punkty). Wynik 0 do 4 punktów stanowił brak cech obniżenia nastroju, 5 do 8 punktów wskazywał na łagodne obniżenie nastroju, 9 do 12 na średnie zaburzenia depresyjne i 13 do 16 na głębokie zaburzenia. Część, która dotyczyła lęku badała poziom nasilenia lęku w skali 10-stopniowej, gdzie zero oznaczało brak lęku, a dziesięć maksymalne nasilenie lęku. Zadaniem badanego była ocena poziomu nasilenia lęku zarówno w momencie badania, jak i przed rozpoznaniem choroby nowotworowej. Dodatkowo w tej części było pytanie otwarte o przyczyny lęku.

Do analizy statystycznej zależności pomiędzy poszczególnymi cechami społeczno-demograficznymi, a występowaniem u pacjentów z rozpoznaną chorobą nowotworową lęku i depresji zastosowano test χ^2. Wyniki zestawiano z wartością krytyczną χ^2, dla poziomu istotności 0,05, w zależności od danego stopnia swobody (df). Jeżeli χ^2 było większe od wartości krytycznej odczytanej z tabeli przyjmowano, że istnieje związek pomiędzy badanymi cechami. W przeciw-

Tabela 1. Charakterystyka badanych
Table 1. *Characteristics of the research group*

	Cecha	n/proc.
stan cywilny	zamężne	66
	wdowy i wdowcy	18
	samotne	14
	związki nieformalne	2
wykształcenie	podstawowe	24
	gimnazjalne	2
	średnie niepełne	22
	średnie	37
	wyższe niepełne	7
	wyższe	8
miejsce zamieszkania	wieś	30
	małe miasteczka	4
	mniejsze miasta	33
	duże miasta	33
dzietność	brak dzieci	11
	dzieci samodzielne	66
	dzieci wymagające opieki	23

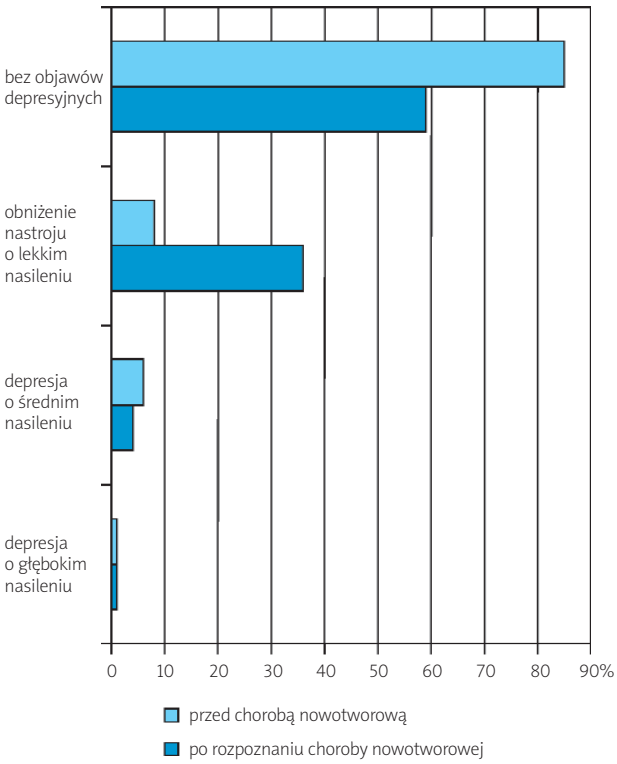
nym wypadku uznawano, że pomiędzy zmiennymi nie ma zależności. Jeżeli istniał związek pomiędzy badanymi cechami, jego siłę obliczano za pomocą współczynnika kontyngencji r, a następnie wynik porównywano z tabelą.

Wyniki

Charakterystykę badanej grupy pod względem cech demograficzno-społecznych przedstawiono w tab. 1.

Przed rozpoznaniem choroby nowotworowej u 85 proc. badanych nie występowały objawy obniżenia nastroju, u 8 proc. występowało w przeszłości obniżenie nastroju o lekkim nasileniu, u 6 proc. pojawiały się objawy depresji o średnim nasileniu i tylko u 1 proc. występowały objawy depresji o głębokim nasileniu. W trakcie badania u 59 proc. pacjentów nie występowały objawy depresji (0–4 punkty), u 36 proc. występowało obniżenie nastroju o lekkim nasileniu, u 4 proc. pojawiły się objawy depresji o średnim nasileniu i tylko u 1 osoby głęboka depresja. Przed pojawieniem się choroby nowotworowej objawy depresji o różnym nasileniu występowały u 15 proc. badanych, a wśród nich 9 pacjentów było leczonych w przeszłości z powodu depresji. Jeśli wykluczyć 15 proc. osób, u których objawy depresji mogły pojawić się z powodu predyspozycji do reagowania w ten sposób na sytuacje stresogenne, to u 26 proc. badanych obniżenie nastroju było reakcją na zdiagnozowanie nowotworu złośliwego (ryc. 1.).

Przed rozpoznaniem choroby nowotworowej 49 proc. pacjentów nie odczuwało lęku. Niewielkie nasilenie lęku (1–3 punkty) odczuwało 30 proc. badanych. Lęk o średnim nasileniu (4–6 punktów) występował u 18 proc. badanych. W wyniku lęku o dużym nasileniu (7–10 punktów) cierpiało 3 proc. pacjentów. U pacjentów ze stwierdzoną chorobą nowotworową wykazano, że 91 proc. z nich cierpi z powodu lęku. Niewielkie nasilenie lęku odczuwało 28 proc. pacjentów. Lęk o średnim nasileniu występował u 5 proc. badanych. W wyniku lęku o dużym nasileniu cierpiało 58 proc. pacjentów. W porównaniu z sytuacją sprzed choroby 28 proc. pacjentów odczuło maksymalny wzrost lęku (o 10 punktów), 17 proc. badanych odczuło duży wzrost nasilenia lęku (o 7–9 punktów), dla 21 proc. nastąpił średni wzrost nasilenia lęku (o 4–6 punktów) i dla 9 proc. wzrost ten był niewielki (o 1–3 punkty). Dla 16 proc. nasilenie lęku przed chorobą było takie samo jak podczas badania (ryc. 2.).

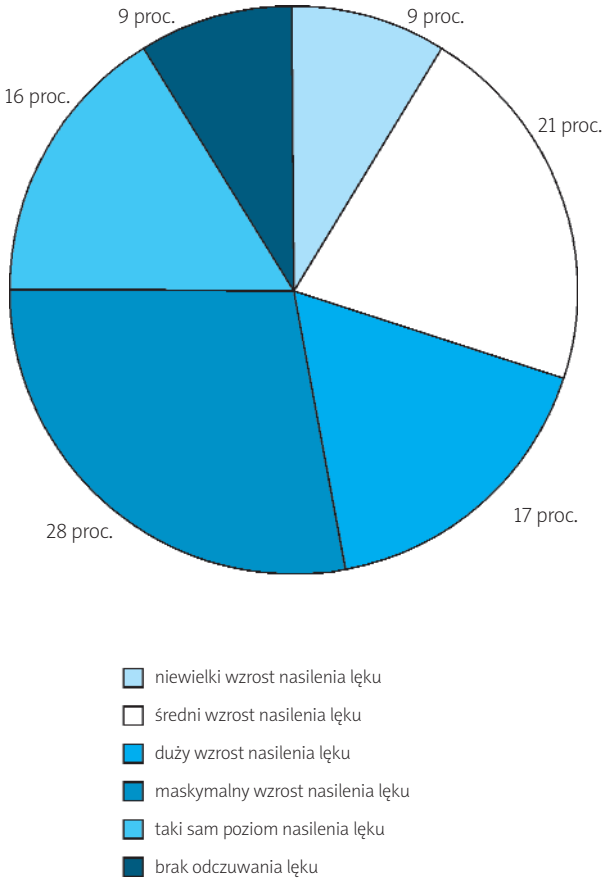


Ryc. 1. Porównanie występowania objawów depresyjnych u pacjentów przed i po rozpoznaniu choroby nowotworowej
Fig. 1. *The comparison between signs and symptoms of depression in patients before and after setting up the diagnosis*

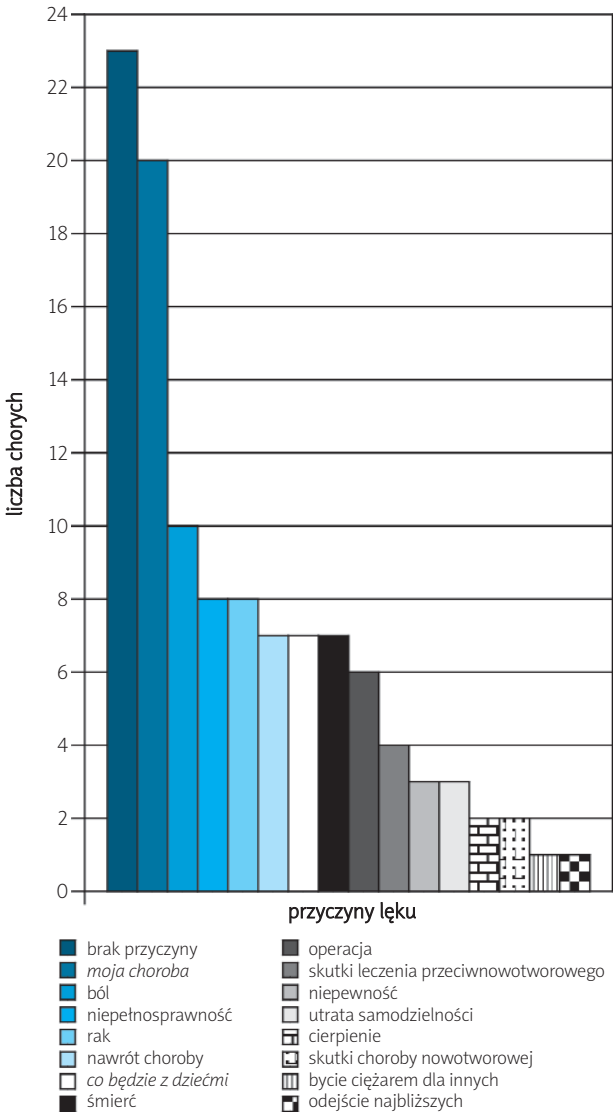
Na pytanie, co jest źródłem ewentualnego lęku każdy z pacjentów mógł wymienić do trzech czynników, o których myśl wywoływała u niego lęk (ryc. 3.).

Pacjenci mający dzieci wymagające opieki stanowili 23 proc. badanej grupy, niemających dzieci było 11 proc. (11 osób), mających dzieci niewymagające opieki 66 proc. (66 osób). Nasilenie depresji i lęku wśród tych chorych przedstawiono w tab. 2. Wykazano, że dzietność ma wpływ na występowanie depresji u chorych. Siła tej zależności została określona jako wysoka (r=0,5143). U pacjentów mających dzieci rzadziej występowała depresja o różnym nasileniu, natomiast wśród bezdzietnych nie było osób bez objawów depresji. Istnieje także związek pomiędzy dzietnością, a odczuwaniem lęku, a jego siłę określono jako przeciętną (r=0,4158). Lęk częściej i z większym nasileniem występował wśród osób bezdzietnych, nie było w tej grupie pacjentów nieodczuwających lęku.

Pacjenci mający partnera stanowili 68 proc. (68 osób), natomiast niemający partnera 32 proc. (32 osoby). Były to osoby, które utraciły współmałżonka lub były samotne. Nasilenie objawów depresji i leku u pacjentów mających partnera i samotnych przedstawiono w tab. 3. Wykazano istnienie zależności między nasileniem depresji a samotnością i posiadaniem partnera, a siłę tego związku określono jako prze-



Ryc. 2. Poziom wzrostu nasilenia lęku po zdiagnozowaniu u pacjentów choroby nowotworowej
Fig. 2. *The level of increasing anxiety after setting up the diagnosis in patients with cancer*



Ryc. 3. Przyczyny lęku chorych
Fig. 3. *The reasons of patient's anxiety*

ciętną (r=0,3526). Pacjenci mający partnera rzadziej cierpieli z powodu depresji, a obniżenie nastroju u nich było o mniejszym nasileniu. Zależność między natężeniem lęku a samotnością i posiadaniem partnera była słaba (r=0,2833), jednakże nasilenie lęku było większe u osób samotnych.

Osoby z niskim wykształceniem (podstawowe i gimnazjalne) stanowiły 26 proc. (26 osób), ze średnim wykształceniem (średnie i niepełne średnie) 59 proc. (59 osób), natomiast z wyższym wykształceniem (wyższe i niepełne wyższe) 15 proc. (15 osób). W tab. 4. przedstawiono nasilenie objawów depresji i lęku wśród tych chorych. Wykazano również zależności pomiędzy występowaniem objawów depresji i lęku a wykształceniem pacjentów, były one przeciętne (r=0,4572 i r=0,4827). Bez objawów depresji najwięcej było osób z wykształceniem średnim, natomiast występowanie lęku i jego nasilenie w tej grupie było największe.

Pacjenci zamieszkujący duże miasta (100–500 tys. mieszkańców) stanowili 33 proc. (33 osoby), zamieszkujący mniejsze miasta (liczba mieszkańców 10–100 tys.) 33 proc. (33 osoby). Mieszkańców wiosek i małych miasteczek (do 10 tys. mieszkańców) było 34 proc. (34 osoby). Nasilenie objawów depresji i lęku wśród tych chorych przedstawiono w tab. 5. Wykazano brak zależności między występowaniem depresji i lęku, a miejscem zamieszkania pacjentów.

Najliczniejszą grupę wśród badanych stanowiły pacjentki z rakiem piersi (39 osób) i chorzy z rakiem płuca, ich depresję i nasilenia lęku przedstawiono w tab. 6.

Dyskusja

Badania zostały przeprowadzone wśród 100 pacjentów, u których rozpoznano chorobę nowotworową. Wśród nich najwięcej było kobiet z rakiem piersi i pacjentów z rakiem płuca.

Wykazano, że na nasilenie depresji i lęku miały wpływ takie czynniki, jak dzietność, posiadanie partnera i wykształcenie. Pacjenci mający dzieci, zarówno wymagające opieki, jak i samodzielne, rzadziej reagowali depresją o różnym nasileniu, a natężenie lęku było u nich mniejsze, natomiast wśród bezdzietnych nie było osób bez objawów depresji i nieodczuwających lęku. Podobny wpływ miało posiadanie partnera. Nasilenie objawów depresji i leku było większe u pacjentów samot-

Tabela 2. Objawy depresji i lęku w zależności od posiadania dzieci
Table 2. *The symptoms of depression and anxiety depending on possessing of children*

	Cecha	Pacjenci mający dzieci wymagające opieki (n=23)		Pacjenci bezdzietni (n=11)		Pacjenci mający dzieci niewymagające opieki (n=66)		χ^2
		n	proc.	n	proc.	n	proc.	
depresja	bez objawów depresji	16	69,56	0	0	43	65,15	χ^2=35,9666 df=6 r=0,5143
	obniżenie nastroju o lekkim nasileniu	6	26,1	7	63,63	23	34,85	
	depresja o średnim nasileniu	1	4,34	3	27,27	0	0	
	depresja o głębokim nasileniu	0	0	1	9,1	0	0	
lęk	bez lęku	3	13,05	0	0	6	9,1	χ^2=20,9099 df=6 r=0,4158
	niewielkie nasilenie lęku	4	17,4	5	45,45	19	28,78	
	średnie nasilenie lęku	5	21,73	0	0	0	0	
	duże nasilenie lęku	11	47,82	6	54,55	41	62,12	

Tabela 3. Zależność nasilenia objawów depresji i lęku u pacjentów mających partnera i samotnych
Table 3. *The relationship of intensification of symptoms of depression and anxiety in the patients with partners and in single persons*

	Cecha	Pacjenci mający partnera (n=68)		Pacjenci samotni (n=32)		χ^2
		n	proc.	n	proc.	
depresja	bez objawów depresji	48	70,58	11	34,37	χ^2=14,194 df=3 r=0,3526
	obniżenie nastroju o lekkim nasileniu	19	27,95	17	53,12	
	depresja o średnim nasileniu	1	1,47	3	9,37	
	depresja o głębokim nasileniu	0	0	1	3,14	
lęk	bez lęku	7	10,3	2	6,25	χ^2=8,7323 df=3 r=0,2833
	niewielkie nasilenie lęku	23	33,82	5	15,62	
	średnie nasilenie lęku	1	1,47	4	12,5	
	duże nasilenie lęku	37	54,41	21	65,63	

nych. Prawdopodobnie korzystny wpływ na psychikę chorych miało wsparcie ze strony rodziny i poczucie, że jest się potrzebnym. Brak obecności bliskich mógł powodować, że pacjenci nie widzieli sensu w stawianiu czoła chorobie, szybciej się poddawali, częściej myśleli o śmierci i odczuwali silniejszy lęk.

Badanie wpływu poziomu wykształcenia na odczuwanie depresji i lęku wykazało, że u osób ze średnim wykształceniem rzadziej występowała depresja, natomiast natężenie lęku było większe. Być może przyczyną częstej depresji o różnym nasileniu u osób z niskim wykształceniem były złe warunki ekonomiczne, które dodatkowo pogorszyła choroba. Większe nasilenie lęku u pacjentów ze średnim wykształceniem mogło być spowodowane tym, że osoby te bardziej zdawały sobie sprawę z zagrożenia niż chorzy z niskim wykształceniem. Osoby z niższym wykształceniem miały mniejszą możliwość poszerzania swojej wiedzy na temat choroby, niż osoby z wyższym wykształceniem, a przez to ich czynny udział w procesie pokonywania choroby był mniejszy.

Objawy depresji o różnym nasileniu pojawiły się u 41 proc. chorych. Pozostali, czyli 59 proc. nie wykazywali objawów obniżenia nastroju. Wynik ten odbiega znacznie od danych przedstawionych przez Trzebiatowską, wg której objawy depresyjne pojawiają się nawet u 80 proc. pacjentów z chorobą nowotworową [7]. W trakcie przeprowadzania ba-

Tabela 4. Objawy depresji i lęku w zależności od poziomu wykształcenia
Table 4. *The symptoms of depression and fear regarding the education level*

	Cecha	Pacjenci z wykształceniem podstawowym i gimnazjalnym (n=26)		Pacjenci z wykształceniem średnim (n=59)		Pacjenci z wykształceniem wyższym (n=15)		χ^2
		n	proc.	n	proc.	n	proc.	
depresja	bez objawów depresji	7	26,92	46	77,96	6	40	χ^2=26,4161 df=6 r=0,4572
	obniżenie nastroju o lekkim nasileniu	15	57,69	12	20,35	9	60	
	depresja o średnim nasileniu	3	11,55	1	1,69	0	0	
	depresja o głębokim nasileniu	1	3,84	0	0	0	0	
lęk	bez lęku	6	23,07	0	0	3	20	χ^2=30,3746 df=6 r=0,4827
	niewielkie nasilenie lęku	13	50	11	18,65	4	26,66	
	średnie nasilenie lęku	2	7,7	3	5,08	0	0	
	duże nasilenie lęku	5	19,23	45	76,27	8	53,34	

Tabela 5. Objawy depresji i lęku w zależności od miejsca zamieszkania
Table 5. *The symptoms of depression and fear according to the place of living*

	Cecha	Pacjenci mieszkający w dużych miastach (n=33)		Pacjenci mieszkający w średnich miastach (n=33)		Pacjenci mieszkający w małych miasteczkach/wsiach (n=34)		χ^2
		n	proc.	n	proc.	n	proc.	
depresja	bez objawów depresji	17	51,51	19	57,57	23	67,64	χ^2=4,6035 df=6 brak zależności
	obniżenie nastroju o lekkim nasileniu	15	45,45	11	33,33	10	29,41	
	depresja o średnim nasileniu	1	3,04	2	6,06	1	2,95	
	depresja o głębokim nasileniu	0	0	1	3,04	0	0	
lęk	bez lęku	3	9,1	3	9,09	3	8,82	χ^2=2,6132 df=6 brak zależności
	niewielkie nasilenie lęku	12	36,36	7	21,21	9	26,47	
	średnie nasilenie lęku	2	6,06	2	6,06	1	2,95	
	duże nasilenie lęku	16	48,48	21	63,64	21	61,76	

dań 87 osób nie wyraziło zgody na udział w badaniach, a 9 osób nie było w stanie ich ukończyć, tłumacząc się zmęczeniem lub zniechęceniem. Jednym z objawów depresji jest właśnie brak zdolności do podjęcia inicjatywy zarówno w działaniach fizycznych, jak i intelektualnych. Wyrażenie zgody na udział w badaniach jest dla pacjenta wysiłkiem zarówno fizycznym, jak i umysłowym. Niezbędna jest także zdolność skupienia uwagi na czytanym tekście lub na pytaniach osoby badającej, co także stanowi problem dla osób cierpiących z powodu depresji. Bardzo prawdopodobne jest, że wśród osób, które nie zgodziły się wziąć udziału w badaniu oraz wśród tych, którzy nie ukończyli badań znajdowały się osoby z głęboką depresją, tak więc odsetek tych chorych mógłby być większy. Prawdopodobieństwo to zwiększa fakt, że wśród 41 proc. pacjentów, u których pojawiły się objawy obniżenia nastroju była tylko 1 osoba z objawami głębokiej depresji, 4 z depresją o średnim nasileniu.

Badania, dotyczące występowania depresji u pacjentów z rakiem piersi i rakiem płuca przeprowadzili inni autorzy [12]. Objawy depresyjne u pacjentek z rakiem piersi pojawiały się u 41,4 proc. badanych, podczas gdy u osób z rakiem płuca u 17,2 proc. Dane te znacznie odbiegają od naszych wyników, objawy depresyjne wystąpiły u 28,21 proc. kobiet z rakiem piersi (11 osób) oraz u 62,96 proc. pacjentów z rakiem płuca (17 osób). Z badań własnych wynika, że na depresję 3-krotnie częściej cierpieli chorzy z rakiem płuca. Być może przy-

Tabela 6. Depresja i lęk u kobiet z rakiem piersi i pacjentów z rakiem płuca
Table 6. *Depression and anxiety in women with breast cancer and patients with lung cancer*

Cecha	Rak piersi		Rak płuca	
	N=39	proc.	N=27	proc.
bez objawów depresji	28	71,79	10	37,04
objawy depresji	11	28,21	17	62,96
bez lęku	3	7,69	2	7,41
lęk o niskim nasileniu	15	38,46	9	33,33
lęk o średnim nasileniu	2	5,13	2	7,41
lęk o wysokim nasileniu	19	48,72	14	51,85

czyną tak dużej różnicy w wynikach była znaczna przewaga kobiet (prawie 80 proc.), podczas gdy w naszym badaniu udział kobiet był mniejszy (61 proc.), rzadziej cierpiały z powodu depresji. Prawdopodobnie jest to dowodem na pozytywny wpływ klubów *Amazonek* na psychikę chorych. W ciągu 7 lat, które dzielą porównywane badania, grupy wsparcia dla kobiet z rakiem piersi uległy znacznemu rozpowszechnieniu, a opieka nad psychiką stała się bardziej profesjonalna.

Z powodu lęku cierpiało 91 proc. osób z chorobą nowotworową. W grupie 39 kobiet z rakiem piersi u 36 (92,31 proc.) występowało uczucie lęku. Liczba ta jest porównywalna z wynikami badań innych autorów, którzy badając lęk u pacjentek z rakiem piersi zakwalifikowanych do operacji wykorzystali *skalę nasilenia lęku Spielberga* [13]. Z powodu lęku cierpiały wszystkie pacjentki. Epizody lęku występują u ok. 25 proc. ludzi zdrowych, wśród osób z chorobami kardiologicznymi zaburzenia te pojawiają się u 10–15 proc., i u 20 proc. przypadków występują wśród pacjentów nerwicowych [5]. Z powyższych badań wynika, że stwierdzenie nowotworu złośliwego jest dla chorego sytuacją ogromnie lękotwórczą.

Pewne rozbieżności pojawiły się w nasileniu lęku. Kobiety badane przez wyżej cytowanych autorów odczuwały głównie lęk o średnim nasileniu, wystąpił on u 58,3 proc., podczas gdy w przedstawionej grupie średnie nasilenie lęku występowało tylko u 5,13 proc., natomiast najwięcej osób cierpiało z powodu lęku o dużym nasileniu – 48,72 proc. W innej grupie kobiet wysoki poziom lęku występował u 27,8 proc. chorych [13]. Lęk o niskim nasileniu występował odpowiednio u 38,46 proc. i 13,9 proc. Porównywane wyniki wskazują, że pacjentki w naszej grupie częściej reagowały skrajnie, niewielkim lub wysokim nasileniem lęku. Trudno jest znaleźć wytłumaczenie dla tego faktu.

Podobne badania przeprowadzono wcześniej [14]. Nasilenie lęku wśród pacjentek znających już rozpoznanie w tym przypadku także różniło się od wyników przedstawionych w pracy. Tym razem lęk o dużym nasileniu występował częściej, (57,7 proc.), także lęk o średnim nasileniu dotyczył znacznie większego odsetka badanych (34,6 proc.), natomiast lęk o niewielkim nasileniu występował znacznie rzadziej (7,7 proc.). Oznacza to, że nasilenie lęku wśród naszych pacjentek było mniejsze. Fakt ten potwierdza być może pozytywny wpływ na psychikę pacjentek z rakiem piersi klubów wzajemnego wsparcia.

Pacjenci z rakiem płuca stanowili grupę 27 osób. Wśród nich u 25 (92,59 proc.) występował lęk. U innych autorów badania przeprowadzone wśród pacjentów z tym samym schorzeniem wskazały na odczuwanie lęku u wszystkich badanych, zarówno leczonych chirurgicznie, jak i chemioterapią [15]. Znaczne rozbieżności nastąpiły w natężeniu odczuwanego lęku. W przedstawionej grupie duże nasilenie lęku było u 51,85 proc., wg innych duże nasilenie lęku nie występowało wcale u pacjentów przygotowywanych do operacji, natomiast pojawiło się u 13 proc. pacjentów zakwalifikowanych do chemioterapii, badani odczuwali głównie lęk o średnim nasileniu (przed operacją 52 proc. i przed chemioterapią 56 proc.) [15], podczas gdy w przedstawionej grupie lęk o średnim nasileniu występował znacznie rzadziej przed jakąkolwiek formą leczenia (7,41 proc.). Lęk o niskim nasileniu występował u naszych chorych u 48 proc., natomiast w cytowanym badaniu u 31 proc. i 33,33 proc. (przed operacją i przed chemioterapią). Biorąc pod uwagę różnice pomiędzy porównywanymi wynikami można przypuszczać, że przyczyną tych rozbieżności było zastosowanie innych skal do badania poziomu lęku. Najczęściej posługiwano się *skalą opisową Spielberga*, podczas gdy w naszych badaniach zastosowana została skala liczbowa. Prawdopodobnie pacjenci, którzy w skali opisowej, dość rozbudowanej, z licznymi pytaniami i bardzo precyzyjnej zazwyczaj wybierali odpowiedzi świadczące o średnim nasileniu lęku, na skali liczbowej, bardziej ogólnej, nie tak precyzyjnej i bardziej subiektywnej częściej zaznaczali skrajne jego wartości.

Lęk odczuwany przez pacjentów z rozpoznaną chorobą nowotworową zwiększył się aż u 75 proc. badanych. U 28 proc. był wzrost maksymalny (przed chorobą nasilenie lęku 0, po rozpoznaniu nowotworu złośliwego 10). Duży wzrost nasilenia lęku (o 7–9 punktów) odczuło 17 proc., średni (o 4–6 punktów) 21 proc. pacjentów, a niewielki (o 1–3 punkty) wzrost odczuwało tylko 9 proc. pacjentów. U 16 proc. badanych nie nastąpiła różnica pomiędzy lękiem odczuwanym wcześniej, a lękiem odczuwanym po rozpoznaniu nowotworu.

Z 91 badanych, którzy zaznaczyli na skali odczuwanie lęku 68 osób podało jego przyczyny. Każdy z pacjentów mógł podać do trzech czynników, o których myśl wywoływała lęk. Wszystkie z wymienionych przyczyn dotyczyły choroby nowotworowej i były to: moja choroba, ból, niepełnosprawność, rak, wznowa, przerzuty, co się stanie z dziećmi kiedy mnie zabraknie, śmierć, operacja, skutki leczenia przeciwnowotworowego, niepewność przyszłości, brak samodzielności, cierpienie, skutki choroby nowotworowej, bycie ciężarem dla innych i odejście najbliższych spowodowane chorobą. Nie potrafiło podać co jest źródłem odczuwanego przez nich lęku 23 pacjentów. Być może były to osoby na pierwszym etapie emocjonalnych reakcji wg Kubler-Ross, czyli zaprzeczania diagnozie [5], dlatego lęk, który tkwił w podświadomości nie znajdywał u nich racjonalnego wytłumaczenia.

Wnioski

1. Objawy depresji o różnym nasileniu wystąpiły u 41 proc. pacjentów po rozpoznaniu choroby nowotworowej. U 36 proc. było to obniżenie nastroju o niewielkim nasileniu, u 4 proc. stwierdzono depresję o średnim nasileniu, depresję o głębokim nasileniu tylko u 1 proc. badanych. Lęk o różnym nasileniu wystąpił u 91 proc. pacjentów. Duże nasilenie lęku stwierdzono u 58 proc. badanych.
2. Wyniki badań wskazały na zależność nasilenia depresji i lęku u pacjentów ze stwierdzoną chorobą nowotworową od takich czynników społeczno-demograficznych, jak dzietność, posiadanie partnera i wykształcenie. U pacjentów bezdzietnych i samotnych częściej występowała depresja, a nasilenie lęku było większe. Osoby z niskim wykształceniem częściej cierpiały z powodu depresji, natomiast lęk miał większe nasilenie u chorych ze średnim wykształceniem. Nie wykazano związku pomiędzy nasileniem depresji i lęku, a miejscem zamieszkania.

Piśmiennictwo

1. Chojnacka-Szawłowska G Kryzys w chorobie nowotworowej i sposoby jego przezwyciężania W: de Walden-Gałuszko K (red.). Psychoonkologia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000; 55-70.
2. Trzebiatowska I. Zaburzenia psychiczne w chorobie nowotworowej. W: de Walden-Gałuszko K (red.). Psychoonkologia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000; 71-81.
3. Pers K. Zależność liczby i nasilenia objawów ubocznych chemioterapii od poziomu depresji i lęku u pacjentów onkologicznych. Psychoonkologia 2002; 6: 9-12.
4. Juczyński Z. Radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową. W: de Walden-Gałuszko K (red.). Psychoonkologia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000; 23-43.
5. Trzebiatowska I. Zaburzenia lękowe w chorobie nowotworowej – aspekt praktyczny. Psychoonkologia 2000; 6: 49-53.
6. Tomaszewska I. Psychologiczne aspekty depresji w chorobach nowotworowych. Psychoonkologia 2000; 7: 9-18.
7. Sharpe M, Strong V, Allen K. Major depression in outpatients attending a regional cancer center: screening and unmet treatment needs. Br J Cancer 2004; 90: 314-20.
8. Harrison J, Maguire P. Influence of age on psychological adjustment to cancer. Psychooncology 1995; 4: 33-8.
9. Bowers L, Boyle DA. Depression in patients with advanced cancer. CJON 2003; 7-3: 281-288.
10. Formański J. Psychologia. Podręcznik dla szkół medycznych. PZWL, Warszawa 1998.
11. Trzebiatowska I. Depresja w chorobie nowotworowej. Psychoonkologia 2002; 6: 27-30.
12. de Walden-Gałuszko K, Majkowicz M, Trzebiatowska I. Najczęstsze problemy psychiatryczne w ambulatoryjnej praktyce onkologicznej. Psychoonkologia 1998; 2: 21-6.
13. Majkowicz M, Trojanowski L. Lęk u pacjentek z rozpoznaniem guza gruczołu piersiowego zakwalifikowanych do operacji. Psychoonkologia 1997; 1: 11-18.
14. Janiszewska J. Niektóre czynniki determinujące poziom lęku u pacjentek z guzem piersi oczekujących na operację. Psychoonkologia 2000; 7: 49-54.
15. Nalepa P. Poziom lęku u chorych na raka płuca. Pneum i Alerg Pol 1996; 64: 315-22.

Adres do korespondencji

dr hab. med. Andrzej Nowicki
Zakład Pielęgniarstwa Onkologicznego
ul. Techników 3
85-801 Bydgoszcz
e-mail: anow1_xl@wp.pl