

Jakość życia pacjenta z chorobą nowotworową. Ból i depresja – nasilenie objawów w zależności od płci

Quality of life of a patient with cancer. Pain and depression – severity of symptoms depending on gender

Monika Komendarek-Kowalska

Pabianickie Centrum Medyczne w Pabianicach

Streszczenie

Choroba nowotworowa to jeden z cięższych stanów, z jakimi ma do czynienia medycyna. Często wiąże się z obniżeniem nastroju, osłabieniem i apatią. Pacjent ma poczucie bezradności, a także potrzebę odizolowania się od świata. Objawy te nasilają się u osób leczonych paliatywnie, u których ból i ograniczenie wydolności organizmu znacznie pogarszają stan emocjonalny. U wielu pacjentów po postawieniu diagnozy rozpoczyna się okres żalu, złości i smutku, które często nasilają odczucie bólu jako nieodłącznego negatywnego objawu choroby nowotworowej.

W pracy dokonano analizy natężenia bólu ze zwróceniem uwagi na różnice między płciami. Oceniono także jakość życia pacjenta z chorobą nowotworową, uwzględniając zaburzenia lękowe, depresyjne i aktywność fizyczną. Do tego celu wykorzystano wzrokowo-analogową skalę natężenia bólu (VAS), zmodyfikowaną skalę do oceny depresji i lęku (HADS-M) oraz skalę sprawności Karnofsky'ego. Po analizie otrzymanych danych stwierdzono, że u prawie połowy pacjentów z rozpoznaną chorobą nowotworową występowały objawy zaburzeń depresyjnych i lękowych, ze stanami granicznymi włącznie. Dolegliwości te przeważały wśród kobiet. Codzienną aktywność fizyczną oceniono jako dość dobrą. W odniesieniu do odczuwania bólu największą grupę stanowili pacjenci niezgłaszający bólu lub zgłaszający ból łagodny. Nasilenie bólu było większe u kobiet w porównaniu z mężczyznami.

Słowa kluczowe: nowotwór, depresja, lęk, ból.

Abstract

Cancer is one of the most severe conditions that medicine has to deal with. It is often associated with depressed mood, weakness, and apathy. The patient has a feeling of helplessness and feels the need to isolate himself from the world. These symptoms are intensified in palliative patients, where the pain and limitation of the body's performance significantly worsen the patient's emotional state. In many patients, a period of regret, anger and sadness begins when the diagnosis is established. The above conditions often intensify the feeling of pain as an inherent negative symptom of a cancer disease.

An analysis of the intensity of pain was carried out in the study, paying attention to differences between sexes. The quality of life of a patient with cancer was also assessed, taking into account anxiety, depression and physical activity. For this purpose, the Visual Analog Scale (VAS) for assessment of pain intensity was used, the Visual Analog Pain Relief Scale, modified scales to assess depression and anxiety (HADS-M) and the Karnofsky Performance Status. After analysis of the data obtained, it was found that about half of the patients diagnosed with neoplastic disease presented symptoms of depression and anxiety disorders, including severe states. These complaints prevailed in female patients. Everyday physical activity was rated as quite good. In terms of pain, the largest group consisted of patients who did not report pain or reported mild pain. The severity of pain was higher in women than in men.

Key words: cancer, depression, anxiety, pain.

Adres do korespondencji

Monika Komendarek-Kowalska, Pabianickie Centrum Medyczne, ul. Nawrockiego 24 A,
95-200 Pabianice, e-mail: anika0404@wp.pl

WSTĘP

Choroba nowotworowa – jeden z cięższych stanów, z jakimi ma do czynienia medycyna – budzi wśród pacjentów wiele różnych emocji [1]. Postawienie diagnozy to dla pacjenta przeżycie niezwykle traumatyczne, a wstrząs, z którym w takim momencie musi sobie poradzić, jest wyjątkowo silny. Pacjent odczuwa szok, żal, rozpacz, a w dużym stopniu również lęk przed tym, co dalej. Po rozpoznaniu choroby lęk zwykle się nasila. Dotyczy wyboru możliwego sposobu leczenia, a także bólu, który jest w zasadzie nieodłącznym objawem zaawansowanej choroby nowotworowej. Pacjent ma poczucie bezradności oraz potrzebę odizolowania się od świata. Objawy te często nasilają się u pacjentów leczonych paliatywnie, u których ból i ograniczenie wydolności organizmu znacznie pogarszają stan emocjonalny.

U wielu osób po postawieniu diagnozy rozpoczyna się etap żalu, złości i smutku. Występowanie tych emocji przez dłuższy czas może prowadzić do depresji. Według danych zebranych na podstawie innych publikacji depresję rozpoznaje się u 15–25% pacjentów [2, 3]. Wzrost ryzyka rozwoju depresji występuje u osób w złym stanie ogólnym, zaawansowanym stadium choroby lub z epizodem depresji w wywiadzie. Depresja wiąże się z ciągłym obniżeniem nastroju, brakiem chęci do działania, apatią, spowolnieniem, utratą łaknienia i drażliwością. Powyższe stany zwykle nasilają dolegliwości somatyczne, w szczególności bóle, niekiedy niekoniecznie wynikające z choroby nowotworowej.

Po rozpoznaniu choroby wielu pacjentów zmienia dotychczasowe wzorce zachowań [4, 5].

Ból jest jednym z bardziej problematycznych i uciążliwych objawów. Stanowi jeden z powodów ogromnego lęku przed rozwojem choroby nowotworowej. Według dostępnych danych ból spowodowany nowotworem występuje u 11–83% pacjentów [6, 7]. Wiąże się z rozrostem samego guza, uszkodzeniem zakończeń nerwowych, a także obecnością przerzutów do innych narządów. U 10–25% pacjentów jest następstwem wdrożenia leczenia przeciwnowotworowego – zabiegów chirurgicznych, chemio- lub radioterapii [8]. Na charakter i natężenie bólu oraz pojawienie się innych dolegliwości ma wpływ także rodzaj rozpoznanej choroby, co potwierdzają dostępne publikacje [7, 9].

W przypadku zaawansowanej choroby nowotworowej ból może odczuwać nawet 75% pacjentów. U chorych, u których ból się nasila, obserwujemy coraz silniej wyrażone objawy zaburzeń emocjonalnych. Jakość życia pacjentów onkologicznych determinuje wiele czynników. Kobiety i mężczyźni różnią się pod względem postrzegania choroby i zachowań z nią związanych. Dostępna literatura przedstawia

pięć teorii tłumaczących różnice związane z płcią w zakresie podejścia do zdrowia i choroby; są to:

- teoria biologicznego ryzyka chorób dotycząca różnic fizjologicznych i genetycznych między płciami,
- teoria nabytych czynników ryzyka chorób i urazów odnosząca się do różnic w zakresie podejmowanej pracy i stylu życia między kobietą a mężczyzną,
- teoria sposobu relacjonowania i zachowań podejmowanych w chorobie,
- teoria psychospołecznych aspektów występowania objawów choroby i opieki medycznej,
- teoria doświadczeń związanych z opieką zdrowotną w przeszłości, zarówno pozytywnych, jak i negatywnych, które mogą wpływać na stosunek do choroby podczas leczenia [10].

Teoria psychospołecznych aspektów występowania objawów choroby i związanej z nimi opieki medycznej oraz teoria dotycząca sposobu relacjonowania zachowań podejmowanych w chorobie wskazują na różnice między płciami w zakresie zachowań związanych z chorobą. Zakładają one, że kobiety są wrażliwsze na objawy pochodzące z ciała, mają większą skłonność do opowiadania innym o swoich doświadczeniach i objawach. Z większą dokładnością opisują też mniejsze problemy zdrowotne i podejmowane przez siebie działania.

U wszystkich pacjentów obserwuje się mieszanię lęku, przygnębienia, gniewu czy rozpacz, które mogą być okresowo przeplatane przebłyskami nadziei [11].

Lęk jest najczęstszym zaburzeniem emocjonalnym, towarzyszącym pacjentowi onkologicznemu od momentu postawienia diagnozy aż do stanu terminalnego. De Walden Gałuszko zwraca bardzo dużą uwagę na tego typu zaburzenie w swoich opracowaniach [12]. Zbyt silny lęk działa niekorzystnie na ogólne funkcjonowanie, samopoczucie i jakość życia pacjenta, może potęgować pojawiający się ból i predysponować do wystąpienia zaburzeń depresyjnych [13, 14].

Onkologia jest jedną z pierwszych dyscyplin medycznych, które zwróciły większą uwagę na jakość życia chorego. Rozwój techniczny, jaki nastąpił w medycynie w XX wieku, przysłonił problemy emocjonalne pacjenta. Skupiono się przede wszystkim na doborze odpowiedniego leczenia i jego skuteczności. Obecnie coraz częściej zwraca się uwagę na psychiczne samopoczucie chorego.

Określenie „jakość życia” (*quality of life* – QOL) funkcjonuje w medycynie od początku lat siedemdziesiątych. W ostatnich latach obserwuje się stopniową zmianę rozumienia i oceny QOL. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje jakość życia jako sposób określenia i odbioru przez daną osobę swojej pozycji, celów i oczekiwań. W medycynie pró-

by określenia jakości życia doprowadziły do sformułowania pojęcia „jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia polegającej na ocenie własnej sytuacji życiowej”, która obejmuje stan psychiczny, fizyczny, sytuację społeczną oraz warunki ekonomiczne pacjenta (*health related quality of life* – HRQOL) [15, 16]. Reasumując – jakość życia określana jest przez kilka stanów funkcjonowania człowieka: stan psychiki (ocena samopoczucia), stan fizyczny (ocena bólu i sprawności pacjenta) oraz stan relacji społecznych.

Od pewnego czasu zwraca się coraz większą uwagę na aktywność społeczną i zawodową pacjenta. Ważnym, często pomijanym aspektem oceny jakości życia chorego jest aspekt duchowy.

Do oceny jakości życia wykorzystuje się różnego rodzaju narzędzia. Wyróżniamy skale globalne – niespecyficzne i specyficzne [17]. Przykładem jest skala VAS oceniająca nasilenie bólu pacjenta, którą wykorzystano w badaniu własnym.

CEL PRACY

Przedmiotem niniejszej pracy jest ocena:

- nasilenia bólu u pacjenta z rozpoznaną chorobą nowotworową, będącego pod opieką placówek POZ i poradni onkologicznej,
- nasilenia zaburzeń lękowych, depresyjnych oraz zgłaszanego bólu w zależności od płci,
- codziennej aktywności pacjenta z rozpoznaną chorobą nowotworową zgłaszającego się do lekarza rodzinnego.

MATERIAŁ I METODY

W badaniu wzięło udział 71 pacjentów (37 kobiet i 34 mężczyzn) leczonych onkologicznie, będących jednocześnie pod opieką Poradni Rejonowej nr 3 Pabianickiego Centrum Medycznego. Były to osoby zamieszkujące tereny miejskie, w wieku 42–93 lat (najliczniejszą grupę stanowili pacjenci w wieku 50–70 lat – 51 osób, poniżej 50. roku życia było 4 pacjentów, a powyżej 70 lat – 16 pacjentów). Najliczniej byli reprezentowani pacjenci z wykształceniem średnim – 32 osoby, następnie zawodowym – 21 osób, wyższym – 9 osób, oraz podstawowym – 9 osób.

Metodami badawczymi wykorzystanymi w pracy były:

- analiza dokumentacji medycznej pacjenta;
- wzrokowo-analogowa skala (*visual analogue scale* – VAS) oceny natężenia bólu – pacjent zaznacza na 10-centymetrowej linii punkt, gdzie wartość 0 oznacza całkowity brak bólu, a 10 – ból bardzo silny, nie do wytrzymania; natężenie bólu wg skali VAS można ocenić również słownie poprzez określenia: łagodny, średni, silny;

- zmodyfikowana skala oceny depresji i lęku (*Hospital Anxiety and Depression Scale* – HADS-M) – skala składa się z 7 pytań dotyczących lęku i 7 pytań odnoszących się do oceny zaburzeń depresyjnych; stworzona została przez Zigmonda i Snaitha (polska wersja, zmodyfikowana przez Majkowicza, de Walden-Gałuszko, Chojnacką-Szawłowską i Magierę, zawiera dwa dodatkowe pytania odnoszące się do agresji i rozdrażnienia [18]); odpowiedzi oceniano w 4-stopniowej skali, za każde pytanie pacjent mógł uzyskać od 1 do 4 punktów, punkty były sumowane – wynik 0–7 oznaczał niepodwyższony poziom lęku i depresji, 8–10 – stan graniczny, a 11–21 – depresję i podwyższony poziom lęku;
- skala sprawności Karnofsky’ego (*the Karnofsky performance scale*) – służąca do oceny funkcjonowania fizycznego, stopnia samodzielności i wydolności organizmu; sprawność wyrażana jest w skali od 0 do 100%, z założeniem, że wyższe wartości odpowiadają lepszej sprawności fizycznej i związanej z tym lepszej jakości życia;
- kwestionariusz ankiety własnej składający się z 10 pytań dotyczących rozpoznania choroby, czasu trwania, sposobu i długości leczenia, stosunków z rodziną i codziennej aktywności przed oraz w trakcie leczenia.

Badanie otrzymało pozytywną opinię Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi, zarejestrowaną pod numerem RNN/171/18/KE.

WYNIKI

Pacjenci, którzy wzięli udział w badaniu, chorowali na: raka sutka – 18 kobiet, raka gruczołu krokowego – 13 mężczyzn, raka jelita grubego – 4 mężczyzn i 3 kobiety, raka płuca – 5 mężczyzn i 2 kobiety, raka odbytnicy – 4 kobiety i 3 mężczyzn, raka skóry – 2 mężczyzn i 1 kobieta, raka dróg żółciowych – 2 kobiety, raka trzonu macicy – 2 kobiety, białaczkę limfocytową – 1 mężczyzna i 1 kobieta, nowotwór śródpiersia – 2 kobiety, raka tarczycy – 1 kobieta, szpiczaka mnogiego – 1 mężczyzna, raka wątroby – 1 mężczyzna, czerniaka – 1 mężczyzna, raka jądra – 1 mężczyzna, glejaka – 1 mężczyzna, chłoniaka – 1 kobieta.

Po uzyskaniu wyników uznano za zasadne zbadanie, czy istnieją istotne statystycznie zależności pomiędzy płcią a zgłaszanymi dolegliwościami.

Brak bólu nowotworowego zgłosiło 42% badanych, ból łagodny wystąpił u 36% pacjentów, ból umiarkowany u 14% respondentów, ból silny u 8% chorych, żaden pacjent nie zgłosił bólu tak silnego, że był on nie do wytrzymania. Ból silny według wyników ankiety własnej wystąpił u pacjentów leczonych paliatywnie z rozsiałą chorobą

nowotworową. Kobiety zgłaszały większe natężenie bólu w porównaniu z mężczyznami. Wyniki oceny natężenia bólu przedstawiono w tabeli 1.

Test chi-kwadrat ($\chi^2 = 0,762, p = 0,859$) nie wykazał istotnego statystycznie związku pomiędzy samooceną bólu na skali VAS a płcią. Można zatem powiedzieć, że ocena bólu w skali VAS nie zależy od płci.

Aktywność i sprawność fizyczną pacjentów określano przy użyciu skali sprawności funkcjonalnej Karnofsky'ego.

Wśród 71 badanych nie było osoby, która oceniła by swój stan aktywności jako całkowicie normalny. Prawie połowa pacjentów (47,8%) była zdolna do normalnej aktywności, zgłaszała jedynie nieznaczne objawy choroby. Biorąc pod uwagę wyniki ankiety własnej, 53,3% pacjentów zgłosiło, że do rozpoznania nowotworu doszło przypadkowo, przy okazji wykonywania badań profilaktycznych lub też z innego niezwiązanego z ostateczną diagnozą powodu.

Im bardziej zaawansowane było stadium choroby i im dłuższy czas leczenia (chemioterapia, radioterapia), tym mniejsza była wydolność organizmu. Wyniki przedstawiono w tabeli 2.

Test chi-kwadrat ($\chi^2 = 2,126, p = 0,908$) nie wykazał istotnego statystycznie związku pomiędzy funkcjonowaniem fizycznym a płcią. Należy jednak zaznaczyć, że test chi-kwadrat nie działa prawidłowo, jeśli w tabeli znajdują się komórki o wartościach zerowych lub liczne komórki o niewielkich wartościach liczbowych. Z tego powodu utworzono tabelę 3 i obliczono test dla wyników w niej zawartych. Również w tym wypadku test chi-kwadrat ($\chi^2 = 3,907, p = 0,272$) nie wykazał istotnego statystycznie związku pomiędzy funkcjonowaniem fizycznym a płcią. Można więc powiedzieć, że funkcjonowanie fizyczne nie zależy od płci.

Tabela 2. Skala aktywności fizycznej Karnofsky'ego

Funkcjonowanie fizyczne pacjenta	Ograniczenia (%)	Liczba osób		Płeć	
		n	%	K (n)	M (n)
normalne, żadnych skarg, narzekań	100	0	0	0	0
zdolny do normalnej aktywności, nieznaczne objawy lub symptomy choroby	90	34	47,8	14	20
normalne czynności wykonywane są z trudem	80	14	19,7	10	4
zdolny do opieki nad sobą, niezdolny do normalnej aktywności i do wykonywania pracy	70	9	12,6	5	4
wymaga okresowej pomocy, ale zdolny do zaspokajania większości potrzeb	60	8	11,2	4	4
wymaga znacznej pomocy i częstej opieki medycznej	50	4	5,6	3	1
niesprawny, wymaga specjalnej opieki i pomocy	40	1	1,4	0	1
ciężkie inwalidztwo, wskazana hospitalizacja, chociaż śmierć nie zagraża	30	0	0	0	0
ciężko chory, niezbędna hospitalizacja, konieczne aktywne leczenie	20	1	1,4	1	0
stan agonalny	10	0	0	0	0
śmierć	0	0	0	0	0

Tabela 1. Natężenie bólu badanej grupy według skali VAS

Skala bólu VAS	Liczba osób ogółem	Kobiety	Mężczyźni
brak bólu	30	14	16
ból łagodny	26	14	12
ból umiarkowany	10	6	4
ból silny	5	3	2
ból bardzo silny	0	0	0

W badanej populacji według skali HADS u 43,6% pacjentów wystąpiły stany graniczne związane z lękiem, a 8,5% pacjentów rozpoznano lęk. Większe zaburzenia wystąpiły u kobiet. U 5,9% mężczyzn i 10,8% kobiet rozpoznano lęk. Wyniki przedstawiono w tabeli 4.

Test chi-kwadrat ($\chi^2 = 1,820, p = 0,403$) nie wykazał istotnego statystycznie związku pomiędzy nasileniem lęku według skali HADS a płcią. Można zatem powiedzieć, że nasilenie lęku nie zależy od płci.

Według skali HADS stany graniczne zaobserwowano u 36,6% pacjentów (37,8% kobiet vs 35,3% mężczyzn). Epizod depresji wystąpił u 19,7% badanych, częściej u kobiet. Wyniki przedstawiono w tabeli 5.

Test chi-kwadrat ($\chi^2 = 0,346, p = 0,841$) nie wykazał istotnego statystycznie związku pomiędzy nasileniem depresji według skali HADS a płcią. Można więc powiedzieć, że nasilenie depresji nie zależy od płci.

DYSKUSJA

Ocena jakości życia pacjenta onkologicznego stała się w ostatnich kilku latach jednym z waż-

Tabela 3. Skala aktywności fizycznej Karnofsky'ego (modyfikacja)

Funkcjonowanie fizyczne pacjenta	Ograniczenia (%)	Liczba osób		Płeć	
		n	%	K (n)	M (n)
zdolny do normalnej aktywności, nieznaczne objawy lub symptomy choroby	90	34	47,8	14	20
normalne czynności wykonywane są z trudem	80	14	19,7	10	4
zdolny do opieki nad sobą, niezdolny do normalnej aktywności i do wykonywania pracy	70	9	12,6	5	4
wymaga okresowej pomocy, ale zdolny do zaspokajania większości potrzeb	< 70	14	11,2	8	6

Tabela 4. Nasilenie lęku w badanej populacji według skali HADS

Nasilenie lęku według skali HADS	Badana populacja					
	kobiety		mężczyźni		ogółem	
	n	%	n	%	n	%
0-7	15	40,5	19	55,9	34	47,9
8-10	18	48,6	13	38,2	31	43,6
> 10	4	10,8	2	5,9	6	8,5

Tabela 5. Nasilenie zaburzeń depresyjnych w badanej populacji według skali HADS

Nasilenie depresji według skali HADS	Badana populacja					
	kobiety		mężczyźni		ogółem	
	n	%	n	%	n	%
0-7	15	40,6	16	47,1	31	43,7
8-10	14	37,8	12	35,3	26	36,6
> 10	8	21,6	6	17,6	14	19,7

niejszych elementów terapii nowotworowej [19]. Wykładnikami jakości życia są stan fizyczny, stan psychiczny, sytuacja społeczna oraz warunki socjo-ekonomiczne [20].

Funkcjonowanie fizyczne obejmuje stopień sprawności ruchowej oraz zdolność do samoobsługi, które w dużej mierze są uwarunkowane objawami rozpoznanej choroby. Na funkcjonowanie psychiczne składają się natomiast stopień akceptacji choroby oraz zdolność dostosowania się do nowych, innych warunków wynikających z postępu zmian nowotworowych. Sytuacja społeczna i ekonomiczna to kolejne elementy, które ulegają zmianie po rozpoznaniu choroby nowotworowej.

Pacjenci leczenia onkologicznego odczuwają wiele różnych dolegliwości. Według badań najczęściej zgłaszane to: ból nowotworowy (11–84%), nudności i wymioty (9–51%), problemy z oddychaniem (21–64%) oraz depresja i lęk (27%) [6].

W zakresie objawów somatycznych najczęstszymi problemami zgłaszanymi przez pacjentów są ból i zmniejszenie wydolności fizycznej organizmu. Według dostępnych badań i publikacji ból nowo-

tworowy występuje nawet u 80% pacjentów, co jest oczywiście uzależnione od stopnia zaawansowania choroby [12].

Stan sprawności fizycznej badanych pacjentów przy użyciu skali sprawności Karnofsky'ego określono jako dość dobry. Duża część chorych była zdolna do normalnej aktywności, niektórzy wymagali okresowej pomocy innych osób. Pojedyncze przypadki znacznego ograniczenia samodzielności dotyczyły osób ciężko chorych, z dużymi dolegliwościami bólowymi.

Po analizie wyników otrzymanych z użyciem skali HADS stwierdzono, że graniczne zaburzenia związane z lękiem występują u blisko połowy pacjentów, częściej u kobiet. Również lęk pojawiał się u nich częściej. Określając zakres zaburzeń depresyjnych, zauważono, że stany graniczne oraz jawna depresja częściej pojawiały się u kobiet. Analiza statystyczna w powyższych przypadkach nie wykazała istotnej zależności pomiędzy płcią a zgłaszanymi dolegliwościami. Odczuwanie pewnych dolegliwości i zaburzeń w sferze emocjonalnej może być jednak uzależnione osobniczo. W wielu badaniach potwierdzono fakt różnego odbierania stanu zdrowia i choroby przez kobiety i mężczyzn. Okazuje się, że kobiety w porównaniu z mężczyznami gorzej oceniają swój stan zdrowia oraz częściej zgłaszają skargi i dolegliwości. Kobiety, szczególnie starsze, częściej cierpią na zaburzenia depresyjne, gorzej tym samym oceniają swój dobrostan psychiczny [21]. Według badania przeprowadzonego przez Ziętalewicz i wsp. w 2014 r. w Centrum Onkologii w Warszawie oceniającego psychologiczne funkcjonowanie kobiet i mężczyzn w chorobie nowotworowej kobiety radzą sobie gorzej niż mężczyźni [22]. W dużym badaniu przeprowadzonym przez Mosconi i wsp. we Włoszech kobiety deklarowały niższą jakość życia w stosunku do mężczyzn [23]. Podobne wyniki w retrospektywnym badaniu otrzymali Pronczek i wsp. Badanie prowadzone było w latach 1997–2001 w grupie chorych na raka jelita grubego. Zaobserwowano lepszy dobrostan fizyczny i psychiczny u mężczyzn w porównaniu z kobietami [24]. Nieco inne wyniki niż powyższe otrzymali Fillingim i wsp. w badaniu obejmującym pacjentów z rakiem płu-

W początkowym okresie choroby nie stwierdzono różnic odnośnie do płci w odczuwaniu bólu. Z kolei w stadium zaawansowanym choroby silniejszy ból w klatce piersiowej zgłaszali mężczyźni, natomiast kobiety skarżyły się na silniejszy ból ręki. Według wspomnianego badania płeć w niewielkim stopniu wpływa na odczuwanie bólu nowotworowego. Zaobserwowano natomiast częstsze występowanie zaburzeń depresyjnych u kobiet [25, 26].

Opierając się na wynikach innych badań oraz dostępnych publikacjach, można uznać, że kobiety częściej niż mężczyźni stosują różnego rodzaju strategie walki ze stresem, co może wpływać na nasilenie emocji, o których mowa w badaniu, czyli lęku i depresji.

Po wstępnej analizie wyników badania własnego stwierdzono, że u kobiet częściej niż u mężczyzn występowały zaburzenia lękowe i depresyjne. Kobiety też częściej zgłaszały ból. Natężenie bólu również było u nich większe w porównaniu z danymi uzyskanymi wśród mężczyzn. Wykonana analiza statystyczna nie wykazała jednak istotnych zależności pomiędzy zgłaszanymi dolegliwościami a płcią.

Narzędzia użyte w niniejszym badaniu to podstawowe skale, które w szybki sposób pozwoliły określić stan zdrowia fizycznego i psychicznego pacjenta. Zastosowanie innych, dokładniejszych metod oceny jakości życia mogłoby pozwolić na jeszcze dokładniejsze określenie faktycznego stanu somatycznego i psychicznego chorych, a tym samym z większym prawdopodobieństwem na wskazanie różnic w zakresie zgłaszanego bólu, zaburzeń lękowych i depresyjnych pacjentów leczonych onkologicznie.

Analiza dostępnych danych z piśmiennictwa dowodzi też istnienia współzależności pomiędzy lękiem a bólem [27]. Nasilony lęk potęguje odczucie bólu, a ból w efekcie wywołuje jeszcze silniejszy lęk. To błędne koło, które wywołuje u pacjenta zaburzenia depresyjne.

Wielu chorych z rozpoznaniem choroby nowotworowej twierdzi, że sytuacja, w jakiej się znaleźli, dała im szansę na przeorganizowanie swojego życia, na znalezienie sił i możliwości potrzebnych do walki z chorobą, o których istnieniu wcześniej nie wiedzieli. Wpływ rozpoznania nowotworu na organizm pacjenta i jego styl życia bywa różny, nasilenie objawów może być częściowo uzależnione od płci, niemniej jednak każdy pacjent musi znaleźć właściwą dla siebie strategię radzenia sobie z tą trudną sytuacją. Pojawienie się choroby, szczególnie nowotworowej, wymusza większy wgląd w dolegliwości zarówno fizyczne, jak i psychiczne pacjenta oraz potrzebę doskonalenia komunikacji między lekarzem a pacjentem celem niesienia wsparcia na wszystkich możliwych płaszczyznach funkcjonowania chorego. W obliczu rozpoznania choroby nowotworowej człowiek uruchamia różne mechanizmy ułatwiające poradzenie sobie z diagnozą, objawami choroby

i leczeniem. Stosowane sposoby radzenia sobie w tej sytuacji w dużej mierze są zdeterminowane cechami osobowości każdego człowieka, często niezależnymi od płci. Istotne są również przekonania pacjenta i poczucie własnej skuteczności w walce z chorobą – jej niski poziom może wpływać na nasilenie zaburzeń lękowych i depresyjnych, natomiast wysokie poczucie własnej skuteczności sprawia, że pacjent jest w stanie osiągnąć znacznie lepsze efekty leczenia [28].

WNIOSKI

Zaburzenia depresyjne i lękowe, włącznie ze stanami granicznymi, występowały u około połowy pacjentów z rozpoznaniem choroby nowotworowej.

Codzienna aktywność fizyczna badanych pacjentów została oceniona jako dość dobra, z okresowymi ograniczeniami.

Największą grupę stanowili pacjenci niezgłaszający bólu oraz pacjenci zgłaszający ból o łagodnym nasileniu.

Większe natężenie bólu zgłaszały kobiety w porównaniu z mężczyznami, jednak wykonana analiza statystyczna nie wykazała istotnego związku pomiędzy nasileniem bólu a płcią.

Autorka deklaruje brak konfliktu interesów.

PIŚMIENNICTWO

- Jarosz J. Leksykon pojęć i definicji – medycyna paliatywna i leczenie bólów nowotworowych. *Nowotwory* 2007; 57: 54-72.
- Szwat B, Stupski W, Krzyżanowki D. Sposoby radzenia sobie z chorobą nowotworową a poczucie depresji i nasilenie bólu u chorych objętych opieką paliatywną. *Piel Zdr Publ* 2011; 1: 35-41.
- Kulpa M, Stypuła-Ciuba B. Ból nowotworowy i uciążliwość objawów somatycznych a jakość życia pacjentów z chorobami nowotworowymi. *Med Paliat* 2013; 5: 171-179.
- Kordek Z. *Onkologia*. Via Medica, Gdańsk 2007.
- Cepuch G, Wordliczek J. Ocena zależności pomiędzy natężeniem bólu a występowaniem lęku i depresji u młodych pacjentów hospitalizowanych z powodu choroby nowotworowej i choroby reumatycznej. *Pol Med Paliat* 2006; 5: 45-51.
- Jocham HR, Dassen T, Widdershoven G i wsp. Evaluating palliative care – a review of the literature. *Palliat Care Res Treat* 2009; 3: 5-12.
- Johnsen AT, Petersen MA, Pedersen L, Groenvold M. Symptoms and problems in a nationally representative sample of advanced cancer patients. *Palliat Med* 2009; 23: 491-501.
- Bonica J. The management of pain. Lea & Febiger, Philadelphia 1990.
- Stömgren AS, Groenvold M, Pedersen L i wsp. Symptomatology of cancer patients in palliative care: content validation of self-assessment questionnaires against medical records. *Eur J Cancer* 2002; 38: 788-794.
- Verbrugge LM. Gender and health: an update on hypotheses and evidence. *J Health Soc Behav* 1985; 26: 156-182.

11. Hebanowski M, de Walden-Gałuszko K, Żylicz Z. Podstawy opieki paliatywnej w chorobach nowotworowych. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1998; 25-52.
12. de Walden-Gałuszko K. Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotanatologii. Psychologiczne aspekty choroby nowotworowej, umierania i śmierci. Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1992; 8-62.
13. Juczyński Z. Rak choroba budząca lęk. Sztuka Leczenia 2000; 4: 45-57.
14. Wciórka J. Miejsce lęku w psychopatologii. Post Psychiatr Neurol 1994; 4: 53-65.
15. De Walden-Gałuszko K, Majkiewicz M. Problemy w ocenie jakości opieki paliatywnej. Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce. Akademia Medyczna w Gdańsku, Gdańsk 2000; 25-26.
16. Walden-Gałuszko K, Majkiewicz M. Jakość życia – rozważania ogólne. Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994; 13-39.
17. Sokolnicka H, Mięka W. Metody oceny jakości życia mające zastosowanie w medycynie. Med Rodz 2003; 24: 3-4.
18. De Walden-Gałuszko K, Majkiewicz M. Model oceny jakości opieki paliatywnej realizowanej w warunkach stacjonarnych. Zakład Medycyny Paliatywnej, Gdańsk 2001.
19. Outcomes of cancer treatment for technology assessment and cancer treatment guidelines. American Society of Clinical Oncology. J Clin Oncol 1996; 14: 671-679.
20. Bonica J. Multidisciplinary/Interdisciplinary/Pain programs. The management of pain. Lea and Febiger, Philadelphia 1190; 197-208.
21. Pinquart M, Sörensen S. Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age: a meta-analysis. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 2001; 56: P195-213.
22. Zientalewicz U, Kulpa M, Stypuła-Ciuba BJ, Kosowicz M. Funkcjonowanie psychologiczne kobiet i mężczyzn z chorobą nowotworową. Med Paliat 2014; 6: 145-150.
23. Mosconi P, Apolone G, Barni S i wsp. Quality of life in breast and colon cancer long-term survivors: as assessment with the EORTC QLQ-C30 and SF-36 questionnaires. Tumori 2002; 88: 110-116.
24. Pronczek D, Nowicki A, Zegarski W i wsp. Ocena jakości życia chorych leczonych chirurgicznie z powodu raka odbytnicy w aspekcie czynników społeczno-demograficznych. Współcz Onkol 2006; 10: 164-170.
25. Fillingim RB, King CD, Ribeiro-Dasilva MC i wsp. Sex, gender, and pain: A review of recent clinical and experimental findings. Pain 2009; 10: 447-485.
26. Romanowska K. Ból, analgezja, płęć. Postępy Hig Med Dożw 2009; 63: 296-302.
27. Watson MS, Lucas CE, Hoy AM i wsp. (red. pol. A. Kübler). Opieka paliatywna. Urban & Partner, Wrocław 2007.
28. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2001.