

Jakość życia chorych na raka płuca

Quality of life of lung cancer patients

Marta Pękała¹, Joanna Kozaka²

¹Gdyńskie Centrum Onkologii

²Instytut Psychologii, Uniwersytet Gdański

Psychoonkologia 2016; 20 (2): 90–97

DOI: 10.5114/pson.2016.62058

Adres do korespondencji:

Marta Pękała
Gdyńskie Centrum Onkologii
ul. Powstania Styczniowego 1
81-519 Gdynia
e-mail: martpek@wp.pl

Streszczenie

Rak płuca stanowi główną przyczynę zgonów z powodu chorób nowotworowych na świecie. U większości pacjentów jest rozpoznawany w zaawansowanym stadium i charakteryzuje się niepomyślnym rokowaniem. Mimo postępu medycyny radykalne leczenie tej choroby dające szansę na wyleczenie dotyczy nadal niewielkiego procenta chorych. W tej sytuacji niezwykle ważne jest zapewnienie pacjentom jak najlepszej jakości życia w okresie choroby. W prezentowanej pracy omówiono czynniki mające istotny wpływ na jakość życia pacjentów z rakiem płuca i przedstawiono najnowsze badania dotyczące tego zagadnienia. Przedstawiono wpływ terapii onkologicznej, dolegliwości somatycznych, zaburzeń nastroju i strategii radzenia sobie z chorobą na jakość życia chorych z rakiem płuca.

Abstract

Lung cancer is the main cause of death resulting from cancer diseases in the world. It is diagnosed in advanced stages for the majority of patients and characterized by unfavorable prognosis. Apart from the advancements in medicine, the radical treatment of this disease giving the chance to cure concerns only a small percentage of patients. In the mentioned situation it is very important to provide patients with the best quality of life when they are ill. The factors having crucial influence on the life quality of patients suffering from lung cancer have been described and the latest research on this topic has been presented in this paper. The work presents the influence of oncological therapy, somatic afflictions, mood disorders and strategies of dealing with illness on the life quality of patients suffering from lung cancer.

Słowa kluczowe: rak płuca, jakość życia, lęk, depresja, strategie radzenia sobie z chorobą.

Key words: lung cancer, quality of life, anxiety, depression, strategies of dealing with illness.

Wstęp

Choroby nowotworowe – druga przyczyna zgonów w ludzkiej populacji [1] – są jednym z największych wyzwań współczesnej medycyny. Mimo ciągłego postępu nauk medycznych niektóre z nich nadal nie dają nadziei na trwałe wyleczenie, zarówno ze względu na późną diagnozę, jak i dynamikę choroby. Jednym z nadal bardzo źle rokujących no-

wotworów jest rak płuca, stanowiący obecnie pierwszą przyczynę zgonów z powodu chorób nowotworowych zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn [1]. Specyfiką tego schorzenia jest to, że w przeciwieństwie do większości nowotworów ma bardzo dobrze udokumentowany czynnik ryzyka, jakim jest palenie tytoniu. Można zaryzykować stwierdzenie, że u dużej części dotkniętych tym rozpoznaniem osób jest to choroba „na życzenie”. Nie zmienia to podej-

ścia do obciążonych tą chorobą pacjentów. W opiece nad chorymi na nowotwór jego przyczyna traci bowiem na znaczeniu. Najważniejsze jest podmiotowe, holistyczne traktowanie chorego uwzględniające zarówno kliniczne, jak i psychologiczne aspekty schorzenia nowotworowego [2].

Rak płuca – fizyczna i psychologiczna specyfika choroby

Nowotwór płuca jest chorobą bardzo obciążającą fizycznie i psychicznie. Wynika to zarówno z charakterystyki klinicznej tego nowotworu, jak i uwarunkowań osobowościowo-społecznych osób chorych. Zwykle jest rozpoznawany późno, gdy choroba jest zaawansowana, a rokowanie bardzo złe. Ma szybki i wieloobjawowy przebieg. Niektóre związane z chorobą objawy, takie jak duszność, krwiotłucie, zaburzenia psychiczne, są szczególnie dotkliwe. W grupie chorych nadal dominują mężczyźni, jednak w ostatnich latach widoczna jest rosnąca tendencja zachorowalności wśród kobiet (co wynika z coraz większej liczby kobiet palących papierosy).

Rak płuca w przeważającej liczbie przypadków wynika z wieloletniego nadużywania papierosów. Co ciekawe, u palaczy stwierdzono stosunkowo rzadkie (u 40% badanych osób palących z rakiem płuca) poczucie winy z powodu wywołania choroby. Natomiast u osób niepalących i biernie narażanych na dym papierosowy, a także u byłych palaczy (którzy rzucili palenie wiele lat przed rozpoznaniem choroby) dominowało uczucie krzywdy i żalu, a choroba była traktowana jako niesprawiedliwość [3].

Bardzo często chorobie towarzyszą zaburzenia depresyjne. Mogą one wynikać z wielu przyczyn – przewlekłego bólu, również po zabiegach na klatce piersiowej, w przebiegu leczenia chemioterapią i radioterapią, ale także w przebiegu tzw. zespołu odstawiennego u osób, które po rozpoznaniu zaprzestały palenia papierosów. Powodem zaburzeń nastroju u pacjentów z rakiem płuca mogą być też stosowane w terapii leki (m.in. chemioterapeutyki) oraz zmiany metastatyczne w ośrodkowym układzie nerwowym czy częste w tym typie nowotworu zespoły paraneoplastyczne. Niezwykle ważny dla pacjentów okazuje się sposób leczenia nowotworu. Najlepiej psychicznie odbierany jest zabieg chirurgiczny, gdyż jest zwykle uważany przez chorych za najbardziej skuteczny – fizycznie wycina się raka z organizmu. Niestety do takiego leczenia kwalifikuje się obecnie nie więcej niż 25% chorych na raka płuca. Leczenie nieoperacyjne podejmowane w takich przypadkach, tj. chemioterapia czy radioterapia, często w odczuciu pacjentów nie jest już tak skuteczne, a jego

wybór świadczy o rozległości choroby [4]. Chorzy koncentrują się na odczuwanych skutkach ubocznych leczenia systemowego, zwłaszcza jeżeli trwa ono długo i nie dostrzegają jego efektów. W takich momentach narastają w chorym lęk, depresja i często agresja, która może się stać źródłem konfliktów chorego z najbliższymi i personelem medycznym. Funkcjonowanie chorego ulega znaczącej zmianie od momentu ustalenia rozpoznania. Jest to związane z objawami samej choroby, ale także z takimi kwestiami organizacyjnymi, jak niemożność kontynuacji pracy zawodowej, konieczność hospitalizacji (często wielotygodniowej), ograniczenie kontaktów z rodziną i innymi osobami znaczącymi.

Jakość życia

Jakość życia (*quality of life* – QoL) to określenie, które po raz pierwszy w literaturze pojawiło się po II wojnie światowej. W medycynie jako konstrukt teoretyczny zaistniało dopiero w latach 70. XX wieku. W latach 90. pojawił się termin jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (*health-related quality of life* – HRQL), którą wyznacza subiektywna ocena stanu zdrowia, następstw choroby i towarzyszących jej objawów [5]. Z tej definicji wynika, że podstawowym wyznacznikiem jakości życia będzie poczucie zdrowia, co by znaczyło, że brak choroby czy ograniczeń w funkcjonowaniu, czyli subiektywnie oceniany dobry stan zdrowia, równa się dobrej jakości życia. Definicja jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia została wprowadzona przez Schipperę jako „funkcjonalny efekt choroby i konsekwencje jej leczenia z punktu widzenia pacjenta” [6]. W tym spojrzeniu pojęcie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia obejmuje cztery komponenty: stan psychiczny, stan fizyczny i sprawność ruchową, sytuację społeczną i warunki ekonomiczne oraz doznania somatyczne [2].

Jakość życia w chorobie nowotworowej

Samo rozpoznanie choroby nowotworowej wywołuje zwykle silny lęk, poczucie zagrożenia i niepewność, często również depresję [7]. Reakcje te wynikają z powszechnego wyobrażenia społeczeństwa na temat raka jako choroby bolesnej i nieuchronnie prowadzącej do śmierci. Rozpoznanie raka nadal wiąże się z poczuciem napiętnowania, izolacji społecznej i skazania na śmierć w niewyobrażalnym cierpieniu. Także hospitalizacja może stanowić duże obciążenie psychiczne, które najczęściej wynika z wyobrażeń pacjentów na temat leczenia onkologicznego. Wyobrażenia te są zwykle kształtowane przez media, książki, filmy czy relacje innych osób chorujących i nie zawsze odpowiadają rzeczywistości.

Hospitalizacja wymaga pogodzenia się z nową rolą – rolą pacjenta – i wiążącymi się z nią ograniczeniami i obowiązkami. Następuje wówczas radykalna zmiana w wypracowanym przez człowieka systemie wartości – najistotniejsze stają się życie, zdrowie i komfort psychofizyczny [7]. Pobyt w szpitalu wiąże się z poczuciem bezradności i bierności, co może dodatkowo obniżać jakość życia. Nie bez wpływu pozostają również same metody leczenia onkologicznego, powszechnie uważane za obarczające skutkami niepożądanymi trudnymi do zniesienia i przewidzenia. Niewiedza na temat terapii onkologicznej sprawia, że często pacjenci bardziej niż w innych warunkach stają się biernymi uczestnikami działań terapeutycznych, których nie rozumieją i na które nie mają wpływu [7].

Jakość życia pacjentów onkologicznych zależy od przystosowania się do nowej sytuacji i umiejętności radzenia sobie z doraźnymi (np. ból, wymioty, biegunki) i odległymi następstwami leczenia, jakiemu zostaną poddani (np. wyniszczenie, utrata włosów i konieczność zakupu peruki). Gdy wyleczenie i przedłużenie życia staje się niemożliwe, pacjent jest poddawany postępowaniu paliatywnemu, które ma na celu zmniejszenie dolegliwości związanych z nowotworem. Stan ten może trwać nawet kilka miesięcy, zawsze jednak przechodzi w ostatnią fazę choroby, zwaną terminalną. Z tym okresem choroby nowotworowej wiąże się nieodwracalne pogorszenie stanu pacjenta, nasilenie dolegliwości fizycznych i izolacji społecznej. Okres terminalny choroby nowotworowej wymaga szczególnej troski o poprawę jakości życia pacjenta. Jest ona w tym okresie zaburzana przez takie stany uczuciowe, jak przygnębienie i lęk, a w miarę jej trwania także postępujące zubożenie. Pacjenci przestają się interesować swoim stanem zdrowia i otoczeniem, stają się małowinni, obojętnieją uczuciowo. W tym okresie czynności nastawione na poprawę jakości życia powinny się koncentrować na zapewnieniu spokoju i nienatarczywej obecności oraz kontroli objawów fizycznych zapewniającej komfort pacjenta [7].

W początkowej fazie choroby rak płuca może mieć przebieg całkowicie bezobjawowy. W miarę wzrostu nowotworu pojawiają się objawy kliniczne związane z samą masą nowotworową umiejscowioną w płucu, przerzutami do innych narządów lub z towarzyszącymi nowotworowi tzw. zespołami paraneoplastycznymi (zespół objawów wynikających z działania substancji wydzielanych przez komórki nowotworowe). Do najczęstszych objawów wynikających z miejscowego wzrostu guza nowotworowego należą: kaszel (również zmiana jego charakteru u pacjentów z przewlekłym kaszlem i u osób palących papierosy), duszność, bóle w klatce pier-

siowej, krwioplucie, nawracające zapalenia płuc, chrypka, zaburzenia połykania, zespół żyły głównej górnej. Objawy wynikające z zajęcia narządów przez zmiany przerzutowe zależą od ich umiejscowienia, np. bóle kości i złamania patologiczne (przy przerzutach do kości), bóle głowy i zaburzenia neurologiczne (przy przerzutach do ośrodkowego układu nerwowego), bóle brzucha, żółtaczkę, niewydolność wątroby (przy przerzutach do wątroby). Objawy związane z występowaniem zespołów paraneoplastycznych to np. zaburzenia endokrynologiczne (hiperkalcemia, zespół Cushinga, zespół nieadekwatnego wydzielania wazopresyny – SIADH), zaburzenia nerwowo-mięśniowe (zespół miasteniczny Lamberta-Eatona, neuropatie), zaburzenia skórne, kostne, naczyniowe i hematologiczne. Wraz z zaawansowaniem choroby pojawiają się objawy ogólnoustrojowe, np. jadłowstręt, postępujące osłabienie i wyniszczenie organizmu (kacheksja).

Jakość życia osób chorujących na nowotwór determinują zarówno dolegliwości fizyczne wynikające z samej choroby i jej leczenia, jak i czynniki psychiczne (obawa przed pogorszeniem, nadzieja na wyleczenie, lęk przed cierpieniem, niesamodzielnnością i przed śmiercią). Niezwykle częstymi odczuciami u chorych są niepokój i depresja, które mogą wystąpić już w trakcie rozpoznawania choroby, w czasie procedur diagnostycznych, a następnie w trakcie całego procesu leczniczego [7]. Każdy z etapów choroby nowotworowej jest dla pacjenta ogromnym przeżyciem, które wywołuje różne stany emocjonalne – lęk, złość, agresję, rozdrażnienie i depresję. Dlatego niezwykle ważne na każdym etapie jest zapewnienie pacjentom onkologicznym wsparcia psychologicznego. Pomoc psychologiczna ma za zadanie wzmocnić mocne strony psychiki i własne zasoby w radzeniu sobie z chorobą. W dłuższej perspektywie pomaga ona zapobiec niekorzystnym zachowaniom w trakcie leczenia i podwyższa dobrostan chorych. Psychoedukacja (jedna z form pomocy psychologicznej) pozwala zrozumieć istotę choroby i eliminuje nierzetelną oraz lękotwórczą „wiedzę”. Powoduje to większe zaangażowanie pacjentów i ich najbliższych w proces leczenia i ułatwia współpracę z personelem medycznym. Rozmowy edukacyjne mogą mieć znaczący wpływ na zmniejszanie takich objawów, jak ból czy powszechne w terapii onkologicznej nudności i wymioty [8]. Pacjenci, którzy otrzymują odpowiedni zakres informacji, są w stanie odzyskać kontrolę nad swoimi zachowaniami i przyjmują postawę sprawczą, dzięki której mogą odbudować poczucie bezpieczeństwa.

Obserwacje pacjentów z nowotworami płuca pokazują, że potrzebują oni większego niż inni chorzy onkologiczni wsparcia psychologicznego [9].

Pacjenci aktywni, przyzwyczajeni do kierowania swoim życiem (jednocześnie często palący papierosy), chcą wiedzieć, jak mogą sobie pomóc. W ich przypadku bardzo skuteczna będzie psychoedukacja. Są również osoby zależne, bierne także w życiu codziennym, które wykazują skłonność do depresji i poczucia krzywdy. Tacy pacjenci wymagają udzielenia wsparcia emocjonalnego, wysłuchania i zrozumienia w celu odwrócenia uwagi od bolesnego tematu choroby, z którym nie są w stanie sobie poradzić [10].

Badania dotyczące jakości życia w raku płuca

Ocena jakości życia pacjentów onkologicznych na różnych etapach diagnostyki i leczenia staje się standardem w psychoonkologii. Wiąże się z indywidualnym, podmiotowym podejściem do pacjenta. Zajmuje coraz więcej miejsca w literaturze medycznej i psychologicznej oraz dyskusjach specjalistów.

Liczne badania dotyczące pacjentów z rakiem płuca wskazują na obniżoną jakość życia w tej grupie [11–14]. Ponadto istnieją doniesienia mówiące, że ci chorzy mają obniżoną jakość życia we wszystkich wymiarach w porównaniu z innymi pacjentami obciążonymi nowotworami w tym samym stadium zaawansowania [15].

Celowość pomiaru jakości życia u chorych z nowotworem płuca wykazał m.in. Montazieri [16], stwierdzając, że globalna jakość życia pacjentów przed rozpoczęciem leczenia onkologicznego jest ważnym predyktorem przeżycia. Podobnie Li i wsp. [17], opierając się na próbie ponad 400 pacjentów z tym rozpoznaniem, przedstawili wyniki świadczące o tym, że jakość życia zależna od stanu zdrowia mierzona kwestionariuszem QLQ-C30 jest silnym i niezależnym predyktorem czasu całkowitego przeżycia. Badania te pokazują, jak istotne w przewidywaniu rokowania u chorych z tym nowotworem, obok czynników klinicznych, są uwarunkowania psychologiczne.

Jakość życia a terapia onkologiczna

Wielu autorów podkreśla zależność jakości życia pacjentów onkologicznych od stosowanej terapii przeciwnowotworowej. W badaniach Słowik-Gabryelskiej [11] u ponad połowy pacjentów z pierwotnym rakiem płuca zaobserwowano, że objawy niepożądane chemioterapii obniżały ogólną sprawność i wywierały negatywny wpływ na jakość życia. Opisywany jest również znaczący związek między jakością życia a linią leczenia [12, 13]. Wraz z kolejną linią chemioterapii jakość życia badanych pacjentów ulegała istotnemu pogorsze-

niu. Należy jednak zaznaczyć, że wykazane pogorszenie jakości życia nie musi się wiązać z rodzajem stosowanego leczenia, lecz może wynikać z progresji samej choroby [12]. Podobne wyniki u pacjentów z zaawansowanym rakiem płuca uzyskał Leppert [18], który również zaobserwował niskie wartości ogólnej jakości życia i pogorszenie funkcjonowania w zakresie wszystkich skal w dokonywanych przez siebie pomiarach. Autor opisywał pacjentów leczonych objawowo, po zakończeniu chemioterapii, w ramach stacjonarnej i domowej opieki paliatywnej. We wnioskach ze swojego badania sugerował, że niska jakość życia pacjentów wiązała się najprawdopodobniej z progresją objawów somatycznych choroby podstawowej.

W literaturze można się spotkać również z doniesieniami sprzecznymi z wyżej omówionymi. Są prace mówiące wręcz o poprawie jakości życia pacjentów z rakiem płuca w wyniku stosowania leczenia cytostatykami, dającego możliwość podjęcia decyzji o dalszym sposobie leczenia oraz szansę i nadzieję na wydłużenie przeżycia [19]. Można przypuszczać, że tak różne wyniki były związane ze specyfiką grupy badanej.

Funkcjonowanie pacjentów z rakiem płuca, będące istotnym elementem jakości życia, ulega pogorszeniu wraz z rozwojem choroby. Obserwowano regresję funkcjonowania zawodowego [20], która utrzymywała się nawet po zakończeniu leczenia (połowa badanych pacjentów nawet po zakończeniu terapii onkologicznej czuła się niezdolna do podjęcia pracy). Ograniczenie w podejmowaniu aktywności zawodowej u pacjentów z chorobą nowotworową samo w sobie obniżało ich jakość życia [21].

Obniżone funkcjonowanie pacjentów onkologicznych jest obserwowane również w sferze emocjonalnej, poznawczej i społecznej [22]. Samo rozpoznanie choroby stanowi dla pacjenta silny stres. Dodatkowo niekorzystnie na sferę emocjonalną wpływa częsta konieczność otrzymania chemioterapii czy radioterapii. Jest to sytuacja wywołująca niepewność i poczucie zagrożenia [23], które często prowadzi do zaburzeń emocjonalnych. Ich konsekwencją mogą być stany depresyjne i lękowe, które według niektórych badaczy występują u nawet 80% chorych z nowotworem [23].

Jakość życia a objawy somatyczne

Z dolegliwości somatycznych istotnie modyfikujących jakość życia chorych onkologicznie najbardziej podkreślane w piśmiennictwie jest zmęczenie. Objaw ten jest uważany za najczęstszy w tej populacji pacjentów. Wynika zarówno z samej choroby, jak i stosowanego w onkologii leczenia [24]. Może modyfikować pierwotnie założoną terapię

[25], a mimo to ciągle bywa bagatelizowany przez personel medyczny w ocenie np. objawów niepożądanych stosowanego leczenia. Wielu badaczy analizujących jakość życia chorych na raka poddawanych terapii przeciwnowotworowej podkreśla powszechność tego objawu u badanych pacjentów [14]. Szacuje się, że zmęczenie towarzyszy na co dzień 80% chorych [24].

Często chorzy skarżą się również na zaburzenia snu [13, 14, 26, 27]. Objaw ten znacząco zaburza funkcjonowanie chorych w innych obszarach i może być symptomem trudności przystosowania się do sytuacji choroby [27].

Istotnym modyfikatorem jakości życia jest także bez wątpienia odczuwany przez pacjentów ból, u chorych na raka płuca charakteryzujący się często znacznym nasileniem. Doświadczanie bólu znacząco obniża jakość życia oraz wiąże się z występowaniem takich zaburzeń psychicznych, jak lęk czy depresja [28–30].

Podawane przez badanych dolegliwości somatyczne często wynikają z samego leczenia onkologicznego. Podkreśla się, że pacjenci z rakiem płuca są szczególnie narażeni na wystąpienie objawów niepożądanych w trakcie chemioterapii [11]. W związku ze stosowanym leczeniem u chorych na raka płuca mogą się pojawić m.in.: zaburzenia ze strony układu pokarmowego (nudności i wymioty, zapalenie błon śluzowych, biegunka), zaburzenia czynności szpiku kostnego, uszkodzenie nerek skutkujące niewydolnością nerek, uszkodzenie układu krążenia czy uszkodzenie układu nerwowego w postaci np. polineuropatii. W swoich badaniach Słowik-Gabryelska i Chojnacka-Kowalewska wykazały, że u ponad 50% pacjentów wystąpienie tych objawów wpłynęło na obniżenie ogólnej jakości życia oraz że ryzyko ich nasilenia wzrastało z wiekiem i stopniem zaawansowania choroby [11]. Inny aspekt związany z formą leczenia przeciwnowotworowego podnosili w swojej pracy Nowicki i wsp. [31], oceniający jakość życia pacjentów z nowotworem płuca poddanych leczeniu chirurgicznemu. Wykazali, że u badanych pacjentów choroba spowodowała istotne trudności finansowe. Problem finansowych konsekwencji choroby nowotworowej podejmowali liczni autorzy zarówno w literaturze polskiej, jak i zagranicznej [33–35].

Jakość życia a zaburzenia nastroju

Istotny wpływ na jakość życia pacjentów z rakiem płuca mają szeroko opisywane w literaturze zaburzenia nastroju. Przyjmuje się, że rozpowszechnienie tych nieprawidłowości w populacji pacjentów onkologicznych waha się w okolicach 40% [36, 40]. Choć niektórzy autorzy podają, że odsetek ten

sięga nawet 80% [23]. W badaniach de Walden-Galuszko i wsp. [37] przeprowadzonych wśród 306 pacjentów onkologicznych Wojewódzkiej Poradni Onkologicznej w Gdańsku wykazano, że dominującymi zaburzeniami psychicznymi w tej grupie były zespoły depresyjne i zespoły zaburzeń adaptacji. Nasilenie zaburzeń depresyjnych było większe w grupie kobiet i w pierwszym roku od rozpoznania choroby oraz różniło się w zależności od lokalizacji nowotworu, np. zaburzenia depresyjne rozpoznano u 17% pacjentów z rakiem płuca [37]. W badaniach Mziray i Żuralskiej [38] wszyscy pacjenci onkologiczni odczuwali lęk, a u największej grupy osób (45,8%) występował lęk o umiarkowanym nasileniu. Wszyscy badani przez autorkę i jej zespół pacjenci wykazywali objawy depresji, a 45,8% osób charakteryzowało się depresją o umiarkowanym nasileniu. Można przewidywać, że podobna sytuacja występuje u innych chorych na raka płuca. Hopwood i Stephens [39] w pracy, która opisuje 987 pacjentów z nieoperacyjnym rakiem płuca leczonych paliatywnie, zaznaczają, że zaburzenia depresyjne w tej grupie chorych są zjawiskiem powszechnym i utrzymującym się przez cały okres choroby. Wykazują w tym badaniu większe nasilenie objawów depresyjnych u pacjentów z drobnokomórkowym rakiem płuca w porównaniu z osobami z rakiem niedrobnokomórkowym, choć zaznaczają we wnioskach, że rozpoznanie histologiczne nie jest predyktorem wystąpienia depresji – w przeciwieństwie do obciążenia symptomami upośledzającymi funkcjonowanie fizyczne, stopnia sprawności ocenianego skalą Zubroda i zmęczenia, które wg auterek mogą prognozować wystąpienie zaburzeń depresyjnych u pacjentów z zaawansowanym rakiem płuca leczonych paliatywnie [39]. Badania przeprowadzone przez Krzyżanowskiego i wsp. [41, 42] wykazały duże prawdopodobieństwo (97% w pierwszym badaniu, 100% w trzecim badaniu) wystąpienia depresji również u pacjentów w terminalnym okresie choroby nowotworowej.

Zaburzenia nastroju wiążą się z obniżeniem jakości życia pacjentów onkologicznych, co wykazano w licznych badaniach dotyczących tych zagadnień [44–46]. Powyższe informacje potwierdzają konieczność skutecznego rozpoznawania tych zaburzeń u pacjentów onkologicznych przed terapią nowotworową i w jej trakcie celem zapobieżenia ich negatywnemu wpływowi na jakość życia.

Jakość życia a strategie radzenia sobie z chorobą

Z innych opisywanych w literaturze czynników psychologicznych modyfikujących jakość życia pacjentów onkologicznych wymienia się strate-

gie radzenia sobie z chorobą [47–54]. Są one w piśmiennictwie różnie grupowane. Często wyróżnia się strategie związane z aktywnym działaniem, takie jak duch walki czy pozytywne przewartościowanie, oraz strategie związane z poddaniem się, np. zaabsorbowanie lękowe czy beznadzieść-beznadziejność. W badaniach Juczyńskiego drugie z nich miały silniejszy związek z różnymi wymiarami jakości życia pacjentów nowotworowych [55]. Konstruktywne strategie korzystnie wiązały się z jakością życia tych chorych [47]. Wykazano nawet, że strategia duch walki korzystnie działała na szeroko rozumiane zdrowie psychiczne i fizyczne [49]. Konstruktywne strategie skutkowały lepszą jakością życia i same w sobie były predyktorami pozytywnych emocji [56–59]. Z kolei destruktyny styl radzenia sobie był związany z gorszą jakością życia i większym dystresem [48, 51]. Nasilenie postawy walki i pozytywnego przewartościowania korelowało w badaniach z lepszym funkcjonowaniem fizycznym, emocjonalnym, poznawczym, lepszymi relacjami społecznymi i lepszą ogólną jakością życia [60]. Lepsze rokowanie odnoszące się do długości przeżycia, braku nawrotu choroby i lepszej jakości życia wiązało się z aktywnymi, konstruktywnymi strategiami radzenia sobie z chorobą nowotworową, a strategie związane z beznadzieścią były związane ze złym rokowaniem [51, 61–63].

U pacjentów z rakiem płuca stosowanie destruktynych sposobów radzenia sobie wiązało się z krótszym przeżyciem [64]. Badania analizujące dalsze zależności między zaburzeniami emocjonalnymi a sposobami radzenia sobie z chorobą pacjentów z rakiem płuca wykazały istotny związek między nasileniem zaburzeń depresyjnych i lękowych a reprezentowanym stylem radzenia sobie [63]. Juczyński zaobserwował zwiększone nasilenie lęku i depresji wśród badanych przez siebie pacjentów oraz wykazał dodatnią korelację tych zaburzeń ze strategiami zaabsorbowanie lękowe i beznadzieść-beznadziejność [63]. W najnowszych badaniach pacjentów z rakiem płuca przeprowadzonych w Japonii wykazano istotną zależność między nasileniem zaburzeń lękowych a strategią beznadzieść-beznadziejność. Pacjenci z większym nasileniem lęku częściej radzili sobie z chorobą w sposób bierny, stosując strategię beznadzieść-beznadziejność [65]. Wyniki tych badań pozwalają uświadomić sobie, jak istotne jest rozpoznawanie uruchamianych przez pacjentów onkologicznych strategii radzenia sobie w sytuacji choroby i jej leczenia.

Podsumowanie

Przedstawione wyżej badania dowodzą, że jakość życia pacjentów z rakiem płuca jest pojęciem

złożonym i zależnym od wielu czynników. Część z tych czynników jest modyfikowalna, a ograniczenie ich negatywnego wpływu na jakość życia pacjentów – możliwe w codziennej praktyce klinicznej. Konieczne jest jednak działanie holistyczne. Poza samym leczeniem choroby podstawowej, łagodzeniem objawów somatycznych niezwykle istotne w terapii pacjentów jest identyfikowanie potrzeb i mechanizmów psychologicznych towarzyszących chorobie nowotworowej. Niezmiernie istotne wydaje się badanie poziomu lęku i depresji w tej grupie chorych. Zaburzenia nastroju mogą bowiem znacząco wpływać na jakość życia.

Ważnym elementem pracy z pacjentem jest identyfikacja stosowanych przez niego strategii zaradczych. Pomoc w rozwijaniu konstruktywnych sposobów radzenia sobie z chorobą może bowiem skutkować lepszą jakością życia u tych pacjentów, a ta przekłada się na większe zaangażowanie chorych w terapię i ich lepsze rokowanie [60]. U pacjentów skarżących się na obniżoną jakość życia warto zatem diagnozować rodzaje strategii przystosowawczych i obejmować wymienionych odpowiednio ukierunkowaną psychoterapię. Pamiętając o szeroko dyskutowanym w literaturze wpływie stosowanych strategii na jakość życia we wszystkich jej wymiarach, warto wzmacniać lub uczyć pacjentów aktywnych mechanizmów radzenia sobie z chorobą i jej leczeniem, zarówno na poziomie poznawczym, jak i behawioralnym [66].

Oświadczenie

Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Didkowska J. Epidemiologia i profilaktyka. W: Krzakowski M, Potemski P, Warzocha K, Wysocki P (red.). *Onkologia kliniczna*. ViaMedica, Gdańsk 2014; 1-15.
2. Majkowicz M. Wielopoziomowa ocena stanu podmiotowego pacjentów z chorobą nowotworową. *Akademia Medyczna w Gdańsku*, Gdańsk 2005.
3. Sell L. Communicating the diagnosis of lung cancer. *Respir Med* 1993; 87: 61-63.
4. Basińska B, Wojtacki J, Majkowicz M. Jakość życia u pacjentów z nowotworem oskrzeli i płuc. W: de Walden-Gatuszko K, Majkowicz M (red.). *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994; 120-130.
5. De Walden-Gatuszko K. Ocena jakości życia uwarunkowana stanem zdrowia. W: Meyza J (red.). *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 1997; 99-104.
6. Schipper H, Clinch JJ, Olweny CLM. Quality of life studies. Definitions and conceptual issues. W: Spilker B (red.). *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. Wyd. 2. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia 1996; 11-23.
7. De Walden-Gatuszko K. Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994.

8. Kosowicz M, Kulpa M, Ziętałowicz U i wsp. Umiejscowienie kontroli zdrowia a lęk i depresja u pacjentów z chorobą nowotworową tkanek miękkich i kości. *Med Paliat* 2014; 6: 165-169.
9. Rogiewicz M. Pomoc psychologiczna u chorych na raka płuca. *Polska Medycyna Paliatywna* 2004; 3: 301-313.
10. Walden-Gatuszko K. O nowych możliwościach pomocy chorym w zaawansowanym stadium choroby w świetle założeń psychologii pozytywnej. *Med Paliat* 2011; 4: 197-201.
11. Słowik-Gabryelska A, Chojnacka-Kowalewska G. Jakość życia chorych na pierwotnego raka płuca w zaawansowanej fazie nowotworu. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska* 2004; 59 suppl. 14: 159-164.
12. Wintner LM, Giesinger JM, Zabernigg A i wsp. Quality of life during chemotherapy in lung cancer patients: results across different treatment lines. *Br J Cancer* 2013; 109: 2301-2308.
13. Karczmarek-Borowska B, Pelc M. The quality of life of non-small cell lung cancer patients treated with chemotherapy. *Pneumonol Alergol Pol* 2014; 82: 349-357.
14. Zielińska-Więczkowska H, Bettakowski J. Jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową poddanych chemioterapii. *Współcz Onkol* 2010; 14: 276-280.
15. EORTC; Scott NW, Fayers PM, Aaronson NK i wsp. On behalf of the EORTC Quality of Life Group. EORTC QLQ-C30, reference values 2008.
16. Montazeri A, Milroy R, Hole D i wsp. Quality of life in lung cancer patients: as an important prognostic factor. *Lung Cancer* 2001; 31: 233-240.
17. Li TC, Li CI, Tseng CH i wsp. Quality of life predicts survival in patients with non-small cell lung cancer. *BMC Public Health* 2012; 12: 790.
18. Leppert W. Jakość życia chorych na zaawansowanego raka płuca objętych opieką paliatywną stacjonarną i domową. *Med Paliat* 2010; 1: 25-34.
19. Tymińska K, Grzelewska-Rzymowska I. Ocena jakości życia chorych na raka płuc poddanych chemioterapii. *Pneumonol Alergol Pol* 2004; 72: 308-325.
20. Short PF, Vasey JJ, Belue R. Work disability associated with cancer survivorship and other chronic conditions. *Psychooncology* 2008; 17: 91-97.
21. Steiner JF, Cavender TA, Main DS i wsp. Assessing the impact of cancer on work outcomes. *Cancer* 2004; 101: 1703-1711.
22. Ślubowska M, Ślubowski T. Problemy psychosocjalne w raku piersi. *Psychooncologia* 2008; 12: 14-25.
23. Chwiątkowski M, Liszewska E, Sokotowski J. Powikłania w przebiegu chemioterapii raka płuca. *Przew Lek* 2006; 5: 4-7.
24. Buss T, Modlińska A, Chełmińska M i wsp. Zmęczenie w chorobie nowotworowej. Częstość występowania i próba zdefiniowania problemu. *Pol Merkuriusz Lek* 2004; 16: 70-72.
25. Stone PC, Minton O. Cancer-related fatigue. *Eur J Cancer* 2008; 44: 1097-1104.
26. Nowicki A, Rządowska B. Depresja i lęk u chorych z nowotworami złośliwymi. *Współcz Onkol* 2005; 9: 396-403.
27. Kozaka J. Psychologiczne uwarunkowania oceny jakości życia kobiet na różnych etapach leczenia choroby nowotworowej. Rozprawa doktorska. Uniwersytet Gdański, Gdańsk 2009.
28. Boström B, Sandh M, Lundberg D i wsp. A comparison of pain and health-related quality of life between two groups of cancer patients with differing average of pain. *J Clin Nurs* 2003; 12: 726-735.
29. Thielking PD. Cancer pain and anxiety. *Curr Pain Headache Rep* 2003; 7: 249-261.
30. Wool MS, Mor V. A multidimensional model for understanding cancer pain. *Cancer Invest* 2005; 23: 727-734.
31. Nowicki A, Krzymińska J, Kowalewski J. Ocena jakości życia chorych leczonych operacyjnie z powodu raka płuca. *Współcz Onkol* 2006; 10: 468-474.
32. Majkowicz M. Praktyczna ocena efektywności opieki paliatywnej – wybrane techniki badawcze. W: Majkowicz M, de Walden-Gatuszko K (red.). Ocena jakości medycyny paliatywnej w teorii i praktyce. Wydawnictwo Akademii Medycznej w Gdańsku, Zakład Medycyny Paliatywnej, Gdańsk 2000; 21-36.
33. Wachowicz M. Ocena jakości życia chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca leczonych chirurgicznie lub przedoperacyjną chemioterapią i następową resekcją. *Pneumonol Alergol Pol* 2003; 3-4: 121-131.
34. McKoy JM, Fitzner KA, Edwards BJ i wsp. Cost considerations in the management of cancer in the older patients. *Oncology (Williston Park)* 2007; 21: 851-857.
35. Arozullah AM, Calhoun EA, Wolf M i wsp. The financial burden of cancer: estimates of a study of insured women with breast cancer. *J Support Oncol* 2004; 2: 271-278.
36. Trzebiatowska I. Zaburzenia psychiczne w chorobie nowotworowej. W: de Walden-Gatuszko K. (red.). *Psychooncologia*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000; 71-81.
37. Walden-Gatuszko K, Majkowicz M, Trzebiatowska I. Najczęstsze problemy psychiatryczne w ambulatoryjnej praktyce onkologicznej. *Psychooncologia* 1998; 2: 21-26.
38. Mziray M, Żuralska R. Poczucie depresji, lęku i bólu a style radzenia sobie w sytuacji trudnej pacjentów z chorobą nowotworową. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie* 2014; 15: 7-18.
39. Hopwood P, Stephens RJ. Depression in patients with lung cancer: prevalence and risk factors derived from quality-of-life data. *J Clin Oncol* 2000; 18: 893-903.
40. Szwał B, Słupski W, Krzyżanowski 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.
41. Krzyżanowski D, Uchmanowicz I, Chybicka A i wsp. Ocena nasilenia bólu, jego charakteru i stresu bólowego oraz prawdopodobieństwa wystąpienia depresji u pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej. *Pol Med Rodz* 2004; 6 suppl. 1: 85-92.
42. Krzyżanowski D, Uchmanowicz I, Chybicka A i wsp. Ocena nasilenia problemów i potrzeb bólu i stresu bólowego u pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej. *Pol Med Rodz* 2004; 6: 204-209.
43. Baczewska B, Kropornicka B, Drozd C i wsp. Ocena bólu, lęku, depresji u pacjentów hospitalizowanych z powodu choroby nowotworowej. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie* 2013; 14: 7-21.
44. Smith EM, Gomm SA, Dickens CM. Assessing the independent contribution to quality of life from anxiety and depression in patients with advanced cancer. *Palliat Med* 2003; 17: 509-513.
45. Visser MR, Smets EM. Fatigue, depression and quality of life in cancer patients: how are they related? *Support Care Cancer* 1998; 6: 101-108.
46. Redeker NS, Lev EL, Ruggiero J. Insomnia, fatigue, anxiety, depression, and quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy. *Sch Inq Nurs Pract* 2000; 14: 275-290.
47. Pearman T. Quality of life and psychological adjustment in gynecologic cancer survivors. *Health Qual Life Outcomes* 2003; 20: 1-33.
48. Schou I, Ekeberg Ø, Ruland CM. The mediating role of appraisal and coping in the relationship between optimism-pessimism and quality of life. *Psychooncology* 2005; 14: 718-727.
49. Taylor SE, Stanton AL. Coping resources, coping processes and mental health. *Ann Rev Clin Psychol* 2007; 3: 377-401.
50. Watson M, Greer S, Rowden L i wsp. Relationships between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychol Med* 1991; 21: 51-57.
51. Pettigale KW. Coping and cancer prognosis. *J Psychosom Res* 1984; 28: 363-364.
52. Adamczak M. Wybrane procesy poznawcze i emocjonalne u kobiet po mastektomii. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, Poznań 1988.

53. Chojnacka-Szawłowska G. Kryzys w chorobie nowotworowej i sposoby jego przezwyciężania. W: de Walden-Gatuszko K (red.). Psychoonkologia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000; 55-70.
54. Thomé B, Hallberg IR. Quality of life in older people with cancer – a gender perspective. *Eur J Cancer Care* 2004; 13: 454-463.
55. Juczyński Z. Radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową. W: de Walden-Gatuszko K (red.). Psychoonkologia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000; 23-43.
56. Folkman S. Positive psychological states and coping with severe stress. *Soc Sci Med* 1997; 45: 1207-1221.
57. Folkman S. The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety Stress Coping* 2008; 21: 3-14.
58. Billings DW, Folkman S, Acree M i wsp. Coping and physical health during caregiving: the roles of positive and negative affect. *J Pers Soc Psychol* 2000; 79: 131-142.
59. Morrill EF, Brewer NT, O'Neill SC i wsp. The interaction of post-traumatic growth and posttraumatic stress symptoms in predicting depressive symptoms quality of life. *Psychooncology* 2008; 17: 948-953.
60. Kulpa M, Owczarek K, Stypuła-Ciuba B. Przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej a jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia u chorych onkologicznych. *Med Paliat* 2013; 5: 106-113.
61. Greer S, Morris T, Pettingale KW. Psychological response to breast cancer: effect on outcome. *Lancet* 1979; 2: 785-787.
62. Pettingale KW, Morris T, Greer S i wsp. Mental attitudes to cancer: an additional prognostic factor. *Lancet* 1985; 1: 750.
63. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001.
64. Faller H, Schmidt M. Prognostic value of depressive coping and depression in survival of lung cancer patients. *Psychooncology* 2004; 13: 359-363.
65. Shimizu K, Nakaya N, Saito-Nakaya K i wsp. Personality traits and coping styles explain anxiety in lung cancer patients to a greater extent than other factors. *Jpn J Clin Oncol* 2015; 45: 456-463.
66. Guzińska K, Dziedziul J, Rudnik A. Psychologiczne uwarunkowania jakości życia pacjentek poddanych radioterapii w odniesieniu do stopnia zaawansowania choroby i wieku. *Psychoonkologia* 2014; 2: 51-58.