

Problemy i potrzeby psychosocjalne pacjentów poddanych chemioterapii onkologicznej

Psychosocial problems and needs of patients undergone chemotherapy

Kinga Grabińska, Izabela Szewczyk-Cisek, Paweł Hernik, Joanna Mykała-Cieśla, Dorota Kaziród

Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Psychoonkologia 2011, 2: 39–47

Adres do korespondencji:

Kinga Grabińska
ul. Ligocka 5/16
40-570 Katowice
tel. 505 597 250
e-mail: kingagrabska@interia.pl

Streszczenie

Wstęp: Badanie dotyczyło problemów i potrzeb pacjentów poddanych chemioterapii onkologicznej w aspekcie funkcjonowania psychospołecznego.

Cel pracy: Ocena zapotrzebowania na pomoc psychologiczną u pacjentów onkologicznych, zmian w ich życiu zawodowym, korzystania z metod alternatywnych, potrzeby informowania o chorobie oraz nadziei związanej z leczeniem.

Materiał i metody: Praca powstała na podstawie badania ankietowego przeprowadzonego wśród pacjentów poddanych chemioterapii na Oddziale Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Autorski kwestionariusz ankiety wypełniło w okresie od listopada 2010 r. do marca 2011 r. 122 pacjentów, w tym 84 kobiety i 38 mężczyzn.

Wyniki: Przed rozpoznaniem choroby nowotworowej na spadki nastroju i zaburzenia lękowe cierpiało 30% ankietowanych, po rozpoznaniu choroby aż 69%, ale tylko 10% skorzystało z pomocy psychologa/psychiatry. Wśród osób, które nie zasięgnęły porady psychologicznej, 24% przyznało, że chciało z niej skorzystać, ale tego nie zrobiło. Aż 45% badanych nie słyszało o żadnej z technik wspierających leczenie onkologiczne, tj. o technikach relaksacyjnych, wizualizacji czy grupach wsparcia, a w praktyce korzystało z nich jedynie 13%. Metody alternatywne stosowało 16% ankietowanych. Sytuacja zawodowa 24% badanych po rozpoznaniu choroby znacząco się pogorszyła, szczególnie w grupie mężczyzn. Prawie wszyscy pacjenci (98%) mogli liczyć na wsparcie przyjaciół i rodziny. Najważniejszym źródłem informacji dla pacjentów okazał się lekarz prowadzący (97%).

Wnioski:

1. Pacjenci onkologiczni potrzebują opieki holistycznej uwzględniającej ich potrzeby psychologiczne.
2. Istnieje potrzeba edukowania pacjentów, w tym informowania ich o psychologicznych metodach wspierających leczenie onkologiczne i możliwości kontaktu z psychologiem oddziałowym.
3. Lekarz prowadzący jest dla pacjentów wiodącym autorytetem w zakresie wiedzy o dotykającej ich chorobie nowotworowej.

Abstract

Introduction: The study focused on problems and needs of patients undergone chemotherapy in terms of psychosocial functioning.

Aim: Assessment of demand for psychological help, changes in working lives, the use of alternative methods, needs to be informed and the hope of treatment.

Material and methods: The work was based on a survey conducted among patients undergone chemotherapy at The Department of Internal Medicine and Oncological Chemotherapy Medical University of Silesia in Katowice. A survey questionnaire was completed by 122 patients (84 women and 38 men) in the period from 11.2010 to 03.2011.

Results: Before the diagnosis to the affective and anxiety disorders suffered 30% of patients, after the diagnosis – 69% but only 10% of patients have benefited from the assistance of a psychologist/psychiatrist. 24% of those who did not said they had wanted to use it but they had not. As many as 45% of respondents had never heard of any of the supporting techniques; in practice applied them only 13% of patients. The alternative methods were used by 15% of respondents. The professional situation of 27% of respondents worsened after the diagnosis. 98% of patients are able to count on the support of friends/family. Attending physician is the most important source of information gave patients (97%).

Conclusions:

1. Oncological patients need holistic care including their psychological wants.
2. There is a necessity of education containing information about psychological methods of support and possibility of contact with ward psychologist.
3. The main source of information is for patients their attending physician.

Słowa kluczowe: leczenie onkologiczne, psychoonkologia, oczekiwania pacjentów.

Key words: oncological treatment, psychooncology, patients' expectations.

Wstęp

W Polsce stale obserwujemy wzrost zapadalności na nowotwory złośliwe i umieralności z ich powodu. Zgony z przyczyn onkologicznych znajdują się na drugim miejscu pod względem częstości (93 060 zgonów w 2008 r.), zaraz po chorobach układu krążenia [1, 2]. Niemal co czwarty mężczyzna (26,4%) i co piąta kobieta (22,8%) w Polsce umierają z powodu nowotworu złośliwego [2, 3].

Powyższe statystyki potwierdzają, że schorzenia te są jednym z wiodących problemów zdrowotnych w naszym kraju. Niestety pomimo wprowadzenia programów badań przesiewowych i wzrostu nakładów na walkę z chorobami nowotworowymi ich wyleczalność wynosi zaledwie ok. 30%, podczas gdy w krajach Europy Zachodniej i USA sięga 50–60% [4].

Już samo rozpoznanie choroby nowotworowej jest jednym z najistotniejszych czynników obniżających jakość życia (*quality of life*; dotyczy ona stanu fizycznego, psychicznego i biologicznego) pacjentów [5]. Taka diagnoza łączy się z koniecznością natychmiastowego leczenia i hospitalizacji. Okoliczności te wiążą się z ogromnym stresem i dodatkowo nasilają problemy natury psychologicznej [6]. Jest to okres niezwykle trudny dla chorego, związany z adaptacją do nowej roli społecznej – roli pacjenta [7].

Czynniki psychosocjalne w odniesieniu do choroby nowotworowej rozpatrywane są na etapie patogenezy nowotworu, pod względem obciążenia psychicznego związanego z postawieniem diagnozy, zmiany roli życiowej [8] oraz skutków ubocznych leczenia (np. zespół zmęczenia) [8, 9]. Sposób przeżywania i odbierania choroby zmienia się przez cały czas jej trwania w związku z napływem nowych

informacji, stosowanymi metodami terapeutycznymi lub pojawiającymi się różnymi objawami choroby [10].

W kontekście biopsychospołecznego rozumienia choroby, które zapoczątkował w latach 70. XX w. Engel, rozwiązaniem komplementarnym w walce z rakiem wydaje się zaangażowanie innych dziedzin nauki, takich jak psychologia czy socjologia. Propozycją zintegrowania dotychczasowych podejść teoretycznych, doświadczeń naukowych, obserwacji społecznych i klinicznych jest model holistyczny, wpisany w nurt medycyny psychosomatycznej, a prezentowany na gruncie naukowym przez psychoonkologię [8].

Stany depresyjne w grupie osób cierpiących na choroby nowotworowe występują ok. 4-krotnie częściej niż w populacji ogólnej [11]. W piśmiennictwie pojawiają się informacje, że zaburzenia afektywne mogą dotyczyć nawet 40–80% [11, 12], a zaburzenia lękowe ok. 91% chorych onkologicznych [12]. Pomimo tak znacznej skali problemu zaledwie 20% osób cierpiących na zaburzenia depresyjne ma ustalone rozpoznanie i podlega leczeniu [13]. Do głównych przyczyn pojawiania się opisanych stanów emocjonalnych należą: poczucie utraty kontroli nad własnym życiem, zależność od innych osób, niedostateczna ilość informacji o chorobie i możliwościach leczenia, wycofanie z życia towarzyskiego, ograniczenie roli zawodowej oraz obniżenie samooceny, zmiana wyglądu i dolegliwości fizyczne [12].

Kolejnym problemem u chorych onkologicznych jest zespół zmęczenia, który z definicji wyklucza depresję, lęk, niedokrwistość, niedoczynność tarczycy czy infekcje. Zespół ten może występować nawet u 50–70% chorych na nowotwór, często nawet po

wielu miesiącach czy latach od zakończenia leczenia. Sugerowane przyczyny to sama biologia nowotworu, działania niepożądane leczenia przeciwnowotworowego oraz objawy fizyczne i reakcja psychologiczna na chorobę [9]. Pacjent odczuwa stałe zmęczenie i osłabienie, ale rzadko uskarża się z tego powodu opiekunom, uznając te objawy za banalne. Należy informować chorych, że zespół zmęczenia to konsekwencja leczenia, ale nie świadczy on o braku jego skuteczności. Istotny element postępowania stanowi udzielanie porad dotyczących modyfikacji stylu życia czy sposobu odżywiania [14]. Wielowymiarowość zespołu zmęczenia sprawia, że konieczne jest leczenie prowadzone przez zespół wielodyscyplinarny złożony z lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów, dietetyków, psychologów, a czasami psychiatrów. Tylko holistyczne podejście daje szansę na powodzenie postępowania leczniczego [9, 15, 16].

Wyżej wymienione zaburzenia emocjonalne u pacjentów onkologicznych utrudniają proces diagnostyczny i leczniczy. Bierna postawa, wycofanie społeczne, brak zaangażowania w terapię powodują przedłużenie okresu hospitalizacji [13]. Kontrola stanu psychicznego poprzez zastosowanie odpowiedniej farmakoterapii i wsparcia psychologicznego dla chorych i ich bliskich ma znaczący wpływ na poprawę jakości życia pacjentów [11, 17–21].

Badania z zakresu psychoneuroimmunologii potwierdzają silny wpływ stresu na funkcjonowanie układu odpornościowego. Zaobserwowano, że stres poprzez aktywację osi podwzgórze–przysadka–nadnercza, a także układu współczulnego powoduje osłabienie mechanizmów odpowiedzi immunologicznej przeciw komórkom nowotworowym. Następuje spadek aktywności komórek NK (*natural killer*), zmniejsza się proliferacja limfocytów Th1, wytwarzanie interleukiny 2 (IL-2) oraz interferonu γ (IFN- γ) [22]. Trening psychologiczny (oddechowy, wizualizacyjny czy autogeny) poprzez zmniejszenie wpływu czynników stresogennych może wpływać na poprawę funkcjonowania układu immunologicznego [23]. Podejrzewa się, że usprawnienie mechanizmów odpornościowych może mieć pozytywny wpływ na przeżywalność pacjentów onkologicznych, jednak zjawisko to nie zostało dotychczas jednoznacznie udowodnione [17–19, 24]. Pewny jest korzystny związek interwencji psychologicznej z poprawą jakości życia, co dla pacjentów przewlekłe, a często też nieuleczalnie chorych powinno być jednym z najważniejszych celów leczenia. Wsparcie psychosocjalne może zaowocować zmniejszeniem dystresu i zminimalizowaniem działań niepożądanych leczenia, tj. nudności, percepcji bólu czy osłabienia. Kontakt z grupą wsparcia, terapia behawioralna oraz wszelkie techniki treningu psy-

chologicznego poprawiają nastrój, samopoczucie i ułatwiają pogodzenie się z nową sytuacją życiową [11, 17–21].

Material i metody

Praca powstała na podstawie badania ankietowego przeprowadzonego wśród pacjentów poddanych chemioterapii na Oddziale Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Wśród kolejnych 142 pacjentów przebywających na oddziale 122 (84 kobiety i 38 mężczyzn) wypełniło autorski kwestionariusz ankiety, 15 osób odmówiło, a 5 nie zwróciło przyjętego kwestionariusza. Badanie zostało przeprowadzone w okresie od listopada 2010 r. do marca 2011 r.

Grupę badanych stanowiły głównie kobiety (69%), pacjenci powyżej 50. roku życia i przyjęci do leczenia pierwotnego. Najczęstszymi rodzajami nowotworów w badanej grupie były: rak piersi (25%), rak jajnika (19%), białaczki/chłoniaki (19%) oraz rak jelita grubego (17%).

Autorski kwestionariusz ankiety składał się z dwóch części. Pierwsza dotyczyła danych osobowych respondenta, a druga – zawierająca 13 głównych pytań oraz odnoszące się do nich podpunkty – problemów i potrzeb psychosocjalnych. Pytania posłużyły do oceny subiektywnych odczuć pacjentów na temat zapotrzebowania na pomoc psychologiczną, zmian w życiu zawodowym, potrzeby informowania o chorobie i leczeniu, nadziei związanej z aktualnym leczeniem i częstości korzystania z metod alternatywnych.

Analizę statystyczną wykonano za pomocą pakietu Statistica (wersja 9) przy użyciu (w zależności od konstrukcji pytania) testów: McNemara, Fishera i χ^2 dla poziomu istotności 0,05.

Wyniki

Szczegółową charakterystykę grupy badanej przedstawiono w tabeli 1.

Przed rozpoznaniem choroby 30% ogółu ankietowanych cierpiało z powodu spadków nastroju i stanów lękowych, 33% tej grupy chorych skorzystało z pomocy psychologa lub psychiatry. Ponad połowa (70%) wszystkich badanych nie odczuwała tego typu zaburzeń.

W celu oceny wpływu diagnozy choroby nowotworowej na zaburzenia afektu zapytano pacjentów o subiektywne odczucia w okresie po rozpoznaniu choroby – 69% respondentów przyznało, że od momentu rozpoznania odczuwało spadki nastroju i zaburzenia lękowe. Wykazano istotną statystycznie różnicę w odczuwaniu spadków nastroju i lęku

Tabela 1. Charakterystyka grupy badanej
Table 1. Characteristic of the research group

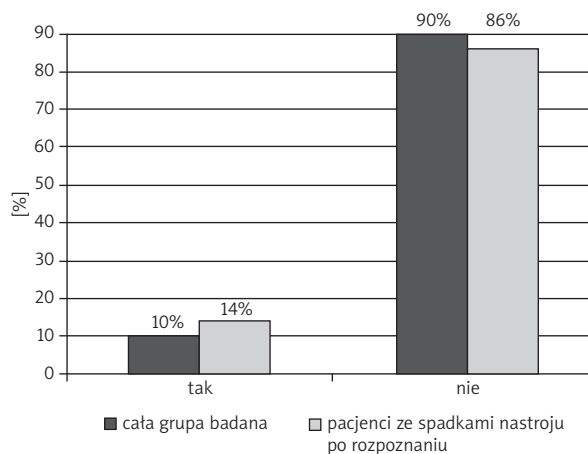
| Cecha | Grupa badana | |
|------------------------------------|--------------|----|
| | N | % |
| Płeć | | |
| kobieta | 84 | 69 |
| mężczyzna | 38 | 31 |
| Wiek | | |
| powyżej 50. roku życia | 98 | 80 |
| 41.–50. rok życia | 15 | 12 |
| 26.–40. rok życia | 7 | 6 |
| 19.–25. rok życia | 2 | 2 |
| Wykształcenie | | |
| średnie | 56 | 46 |
| zawodowe | 34 | 28 |
| wyższe | 19 | 15 |
| podstawowe | 13 | 11 |
| Stan cywilny | | |
| mężatka/żonaty | 85 | 70 |
| wdowa/wdowiec | 18 | 15 |
| niepozostający/a w związku | 12 | 10 |
| w związku nieformalnym | 7 | 5 |
| Posiadanie dzieci | | |
| dziatny | 105 | 86 |
| bezdziatny | 17 | 14 |
| Miejsce zamieszkania | | |
| duże miasto (powyżej 100 tys.) | 56 | 46 |
| małe miasto (poniżej 100 tys.) | 52 | 43 |
| wieś | 14 | 11 |
| Rodzaj choroby nowotworowej | | |
| rak piersi | 30 | 25 |
| rak jajnika | 23 | 19 |
| białaczka/chłoniak | 23 | 19 |
| rak jelita grubego | 21 | 17 |
| rak płuc | 6 | 5 |
| rak żołądka | 5 | 4 |
| inne | 14 | 11 |
| Czas od rozpoznania | | |
| mniej niż 0,5 roku temu | 42 | 35 |
| 0,5–1 rok temu | 28 | 23 |
| 1–3 lata temu | 26 | 21 |
| więcej niż 3 lata temu | 26 | 21 |
| Leczenie | | |
| pierwotne | 78 | 64 |
| nawrót choroby | 44 | 36 |

przed i po rozpoznaniu choroby nowotworowej, co wskazuje, że diagnoza ta determinowała wystąpienie problemów psychologicznych u pacjentów.

Tabela 2. Wpływ rozpoznania choroby nowotworowej na sytuację zawodową respondentów

Table 2. The oncological diagnosis influence on respondents' professional life

| Pogorszenie sytuacji zawodowej | Liczba kobiet | % populacji kobiet | Liczba mężczyzn | % populacji mężczyzn |
|--------------------------------|---------------|--------------------|-----------------|----------------------|
| TAK | 11 | 13% | 9 | 24% |



Rycina 1. Korzystanie z pomocy psychologa/psychiatry wśród pacjentów onkologicznych

Figure 1. The use of psychological help among oncological patients

W grupie osób zawodowo czynnych znalazło się 60% ankietowanych, 24% z nich potwierdziło, że od momentu rozpoznania choroby nowotworowej znacząco pogorszyła się ich sytuacja zawodowa. W większości byli to mężczyźni (tab. 2.), a wszyscy respondenci za przyczynę tego stanu uznali „złe samopoczucie i niemożność kontynuowania pracy”. Żaden z ankietowanych nie zaznaczył odpowiedzi „niezrozumienie ze strony pracodawcy” czy „niechęć do dalszego wykonywania pracy”.

Aż 98% ankietowanych oceniło, że w walce z chorobą mogli liczyć na wsparcie rodziny i przyjaciół.

Kolejne pytanie dotyczyło kwestii, czy od momentu rozpoznania choroby nowotworowej pacjenci korzystali z pomocy psychologa lub psychiatry. „Tak” odpowiedziało 10% całej grupy badanej i 14% osób, które przyznały się do spadków nastroju po rozpoznaniu choroby (ryc. 1.). Wykazano trend ($p = 0,05$) w kierunku częstszych porad u pacjentów z wykształceniem średnim i wyższym (tab. 3.).

W przypadku 42% pacjentów, którzy korzystali z pomocy psychologicznej, taki rodzaj pomocy został zaproponowany na oddziale onkologicznym. Od rodziny i znajomych informację, gdzie taką pomoc można otrzymać, uzyskało 33% pacjentów, a 25% szukało tego typu wsparcia na własną rękę (ryc. 2.).

Ostatecznie jednak blisko połowa pacjentów (42%) skorzystała z pomocy psychologicznej pry-

Tabela 3. Korzystanie z pomocy psychologa/psychiatry wśród pacjentów z rozpoznaną chorobą nowotworową w zależności od poziomu wykształcenia

Table 3. The use of psychological help among oncological patients regarding the education level

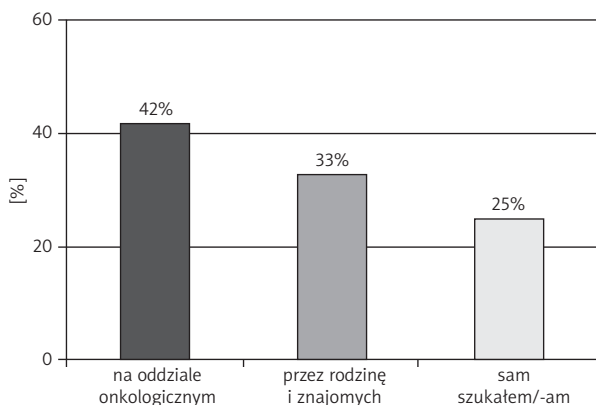
| Wykształcenie | Nie (liczba osób) | Nie (% w grupie osób z danym wykształceniem) | Tak (liczba osób) | Tak (% w grupie osób z danym wykształceniem) |
|---------------|-------------------|--|-------------------|--|
| wyższe | 15 | 74% | 4 | 26% |
| średnie | 49 | 87% | 7 | 13% |
| zawodowe | 33 | 97% | 1 | 3% |
| podstawowe | 13 | 100% | 0 | 0 |

watnie, poza oddziałem onkologicznym, 33% poza oddziałem, ale w ramach świadczeń NFZ, a 25% na oddziale u psychologa oddziałowego (tab. 4).

Ankietowani, którzy nie skorzystali ze wsparcia psychologicznego, w większości (76%) uznali, że nie potrzebowali tego rodzaju pomocy, 13% badanych chciało z niej skorzystać, ale nie zrobiło tego z różnych względów, 11% chciało, ale nie wiedziało, gdzie może uzyskać taką pomoc (ryc. 3.). Wynika z tego, że łącznie 24% pacjentów podczas przebiegu choroby nowotworowej wykazywało chęć skonsultowania się z psychologiem lub psychiatrą, ale ostatecznie tego nie zrobiło. W grupie tej częściej znajdowały się kobiety (26% badanej populacji kobiet i 10% badanej populacji mężczyzn).

Oceniano również odczucia pacjentów na temat znaczenia pomocy psychologicznej podczas leczenia onkologicznego. Spośród ankietowanych 65% stwierdziło, że jest ona korzystna dla większości pacjentów i może pozytywnie wpływać na tolerancję oraz efekty leczenia onkologicznego, 30% – że jest potrzebna niektórym pacjentom, a tylko 5%, że nie jest istotna.

Kolejne pytanie dotyczyło znajomości technik psychologicznych wspierających terapię onkologiczną. Najlepiej znane pacjentom okazały się grupy wsparcia – 52% ankietowanych, techniki wizua-



Rycina 2. Pomoc psychologiczna została zaproponowana pacjentom

Figure 2. Psychological help was offered to patients

Tabela 4. Ostateczne miejsce uzyskania pomocy psychologicznej przez pacjentów onkologicznych

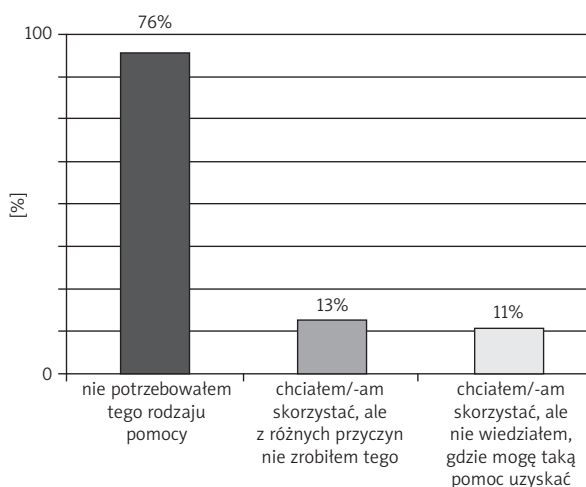
Table 4. Final place of receiving psychological help

| Ostateczne miejsce uzyskania pomocy | Odsetek pacjentów sięgających po poradę |
|---|---|
| poza oddziałem – prywatnie | 42% |
| poza oddziałem – w ramach świadczeń NFZ | 33% |
| na oddziale, u psychologa oddziałowego | 25% |

lizacji – 22%, i techniki relaksacyjne – 20% (ryc. 4.). O żadnej z wymienionych technik nigdy nie słyszało aż 45% badanych, a tylko 16% posiadało informacje o wszystkich trzech metodach.

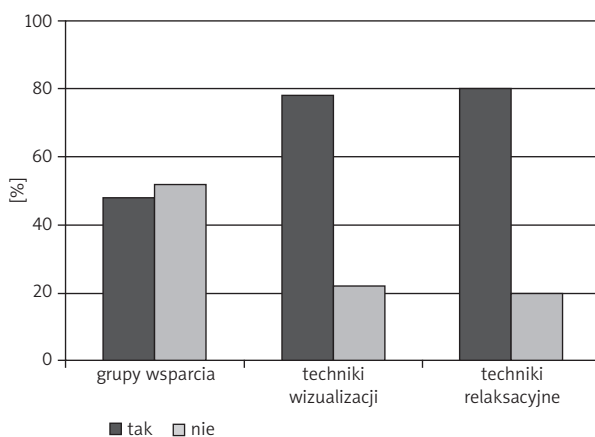
Dalsza analiza wykazała, że grupy wsparcia częściej były znane pacjentkom z rakiem piersi i jajnika (tab. 5.), a techniki relaksacyjne mieszkańcom dużych miast (tab. 6.) i badanym z wykształceniem wyższym (tab. 7.).

Ogółem z wymienionych metod skorzystało 13% badanych. Były to głównie osoby z dużych miast (tab. 8.).



Rycina 3. Opinie pacjentów, którzy nie korzystali z pomocy psychologicznej

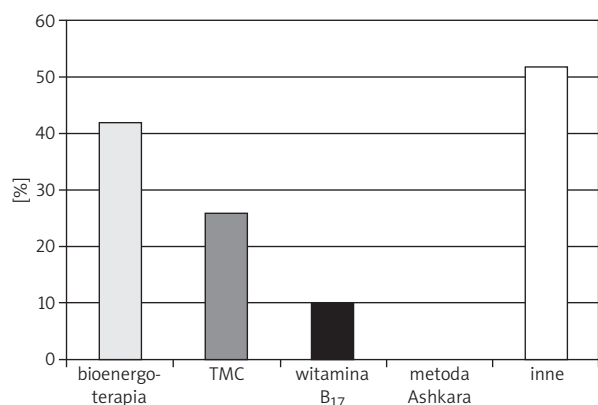
Figure 3. Patients' opinions who didn't use psychological help



Rycina 4. Znajomość technik psychologicznych wspierających terapię onkologiczną

Figure 4. Knowledge of psychological techniques supporting oncological therapy

Do korzystania z medycyny alternatywnej przystąpiło 16% respondentów. W tej grupie badanych wśród wymienionych metod preferowana była bioenergoterapia, którą wskazało 42% pacjentów, następnie tradycyjna medycyna chińska (akupunktura, dieta) – 26%, stosowanie witaminy B₁₇ – 10%. Żaden z ankietowanych nie wskazał metody Ashkara, a najczęściej zaznaczano odpowiedź „inne”, dotyczącą metod niewyszczególnio-



Rycina 5. Preferowane metody niekonwencjonalne wśród pacjentów przyznających się do korzystania z medycyny alternatywnej

Figure 5. Unconventional methods which prefer patients who admit using alternative medicine

Tabela 5. Znajomość grup wsparcia w grupie badanej w zależności od rodzaju choroby nowotworowej

Table 5. Knowledge of support groups in the research group according to neoplastic disease type

| Rodzaj nowotworu | Nie | Tak | Razem |
|--------------------|----------|-----------------|-------|
| rak piersi | 8 (27%) | 22 (73%) | 30 |
| rak żołądka | 3 (60%) | 2 (40%) | 5 |
| rak płuc | 5 (83%) | 1 (17%) | 6 |
| rak jajnika | 8 (35%) | 15 (65%) | 23 |
| rak jelita grubego | 11 (52%) | 10 (48%) | 21 |
| hematologia | 14 (61%) | 9 (39%) | 23 |
| inne | 10 (72%) | 4 (28%) | 14 |
| ogółem | 59 (48%) | 63 (52%) | 122 |

Tabela 6. Znajomość technik relaksacyjnych w grupie badanej w zależności od miejsca zamieszkania

Table 6. Knowledge of relaxation techniques in the research group according to place of living

| Miejsce zamieszkania | Nie | Tak | Razem |
|--------------------------------|----------|----------|-------|
| duże miasto (powyżej 100 tys.) | 38 (68%) | 18 (32%) | 56 |
| małe miasto (poniżej 100 tys.) | 44 (85%) | 8 (15%) | 52 |
| wieś | 13 (93%) | 1 (7%) | 14 |
| ogółem | 95 (78%) | 27 (22%) | 122 |

nych w kwestionariuszu – 52% pacjentów korzystających z metod alternatywnych (ryc. 5).

„O swojej chorobie i czekającym mnie leczeniu” poinformowanych wystarczająco dobrze czuło się 48% badanych, średnio 43%, źle 9% z nich.

Szczegółowe informacje na temat prognozowanej długości życia i działań ubocznych leków chciało natomiast uzyskać 56% chorych, 44% nie chciało otrzymywać tego typu informacji.

W grupie badanych nadzieje związane z obecnym leczeniem najczęściej odnosiły się do pełnego wyleczenia – 50% odpowiedzi, braku nawrotu choroby –

Tabela 7. Znajomość technik relaksacyjnych w grupie badanej w zależności od posiadanego wykształcenia

Table 7. Knowledge of relaxation techniques in the research group according to education level

| Wykształcenie | Nie | Tak | Razem |
|---------------|----------|----------|-------|
| wyższe | 10 (53%) | 9 (47%) | 19 |
| średnie | 45 (80%) | 11 (20%) | 56 |
| zawodowe | 30 (88%) | 4 (12%) | 34 |
| podstawowe | 10 (77%) | 3 (23%) | 13 |
| ogółem | 95 (78%) | 27 (22%) | 122 |

Tabela 8. Korzystanie z wspierających metod psychologicznych w zależności od miejsca zamieszkania

Table 8. Use of psychological supporting methods according to place of living

| Miejsce zamieszkania | Nie | Tak | Razem |
|--------------------------------|-----------|----------|-------|
| duże miasto (powyżej 100 tys.) | 44 (79%) | 12 (21%) | 56 |
| małe miasto (poniżej 100 tys.) | 49 (94%) | 3 (6%) | 52 |
| wieś | 13 (96%) | 1 (4%) | 14 |
| ogółem | 106 (87%) | 16 (13%) | 122 |

29%, wydłużenia życia – 29%, i tylko w 17% przypadków do poprawy jakości życia (ryc. 6.).

Nadzieje na pełne wyleczenie znamienne częściej występowały w grupie osób leczonych pierwszy raz – radykalnie (tab. 9.), natomiast osoby leczone z powodu nawrotu choroby częściej deklarowały nadzieję na wydłużenie życia (tab. 10.).

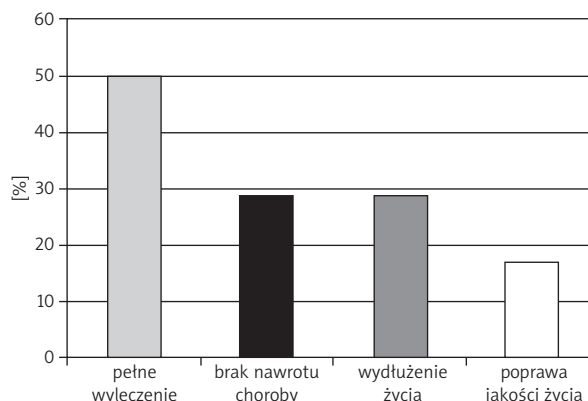
Ostatnie pytanie dotyczyło najważniejszych źródeł informacji o chorobie. Większość – 97% respondentów – wskazało na rozmowę z lekarzem prowadzącym, 5% na rozmowę z lekarzem rodzinnym. Informacje od innych pacjentów i rodziny zaznaczyło 9% badanych, a Internet (media) – 7% (ryc. 7.).

Dyskusja

Mimo postępu w dziedzinie profilaktyki, diagnostyki i terapii nowotworów rozpoznanie choroby nowotworowej wywołuje w świadomości każdego pacjenta wiele obaw oraz łączy się z poczuciem ogromnego zagrożenia [2]. Potwierdzeniem tego jest fakt, że spadki nastroju oraz zaburzenia lękowe występowały aż u 69% respondentów od momentu rozpoznania u nich choroby nowotworowej. Należy jednak zaznaczyć, że przy ocenie tych zaburzeń nie posługiwano się obiektywnymi kryteriami oceny stanu psychicznego, dlatego trudno stwierdzić, jaki odsetek pacjentów prezentował pełnoobjawowy zespół depresyjny. Warto wspomnieć, że 15 osób odmówiło wypełnienia ankiety, a 5 badanych nie zwróciło kwestionariusza, co mogło fałszować wyniki, ponieważ – jak wiadomo – jednym z objawów depresji jest wycofanie i niechęć do podejmowania zarówno aktywności fizycznej, jak i intelektualnej. Uważa się, że za pomocą obiektywnych kryteriów u ok. 47% pacjentów z chorobą nowotworową można zdiagnozować zaburzenia psychiczne, a u 85% z nich będą to właśnie objawy lęku i depresji [25].

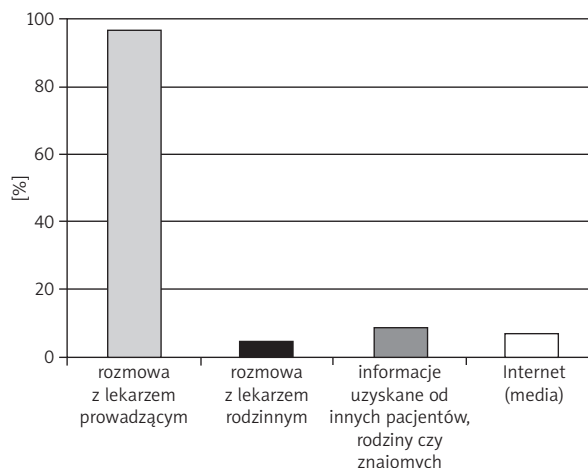
Bardzo interesującym, a zarazem pozytywnym faktem wydaje się wysoki poziom wsparcia społecznego deklarowany przez ankietowanych. Zdecydowana większość chorych może liczyć na wsparcie ze strony rodziny, a także w środowisku pracy. Na uwagę zasługuje informacja, że żadna z ankietowanych osób, która zgłaszała pogorszenie sytuacji zawodowej, nie wskazała jako przyczyny niezrozumienia ze strony pracodawcy. Wsparcie społeczne wywiera istotny wpływ na jakość życia chorego, funkcjonowanie jego sfery psychicznej oraz radzenie sobie z chorobą nowotworową [26, 27]. W pracy Zielińskiej-Więczkowskiej i Bełłakowskiego wykazano, że większe wsparcie otrzymują osoby w trakcie chemioterapii niż pacjenci w momencie postawienia diagnozy [26].

Jak już wspomniano, zaburzenia psychiczne występują u około połowy pacjentów z chorobą



Rycina 6. Nadzieje związane z aktualnym leczeniem w grupie badanej

Figure 6. Hopes connected with current treatment in the research group



Rycina 7. Najważniejsze źródła informacji o chorobie dla pacjentów onkologicznych

Figure 7. The main sources of information about disease for oncological patients

Tabela 9. Nadzieje na pełne wyleczenie w grupie pacjentów leczonych pierwotnie i z powodu nawrotu choroby

Table 9. Hope for full recovery in group of patients treated for the first time and because of disease recurrence

| Leczenie | Tak | Nie | Razem |
|-----------------|----------|----------|-------|
| pierwotne | 44 (59%) | 34 (41%) | 78 |
| nawrotu choroby | 16 (46%) | 28 (64%) | 44 |
| ogółem | 60 (49%) | 62 (51%) | 122 |

Tabela 10. Nadzieje na wydłużenie życia w grupie pacjentów leczonych pierwotnie i z powodu nawrotu choroby

Table 10. Hope for life extension in group of patients treated for the first time and because of disease recurrence

| Leczenie | Tak | Nie | Razem |
|-----------------|----------|----------|-------|
| pierwotne | 61 (78%) | 17 (22%) | 78 |
| nawrotu choroby | 26 (59%) | 18 (41%) | 44 |
| ogółem | 87 (71%) | 35 (29%) | 122 |

nowotworową. Wobec tego zaskakujący wydaje się fakt, że tylko 10% badanych skorzystało z pomocy psychologa. Z tego rodzaju wsparcia chciało skorzystać 11% ankietowanych, ale nie wiedziało, gdzie ją może uzyskać. Natomiast zdecydowana większość osób, która nie skorzystała z pomocy psychologa/psychiatry, uznała, że jej nie potrzebuje. Co ciekawe, również zdecydowana większość respondentów uważa, że podczas leczenia pacjentów onkologicznych pomoc psychologiczna jest korzystna dla większości z nich i może pozytywnie wpływać na tolerancję i efekty leczenia (65% ankietowanych) lub przynajmniej potrzebna jest tylko niektórym pacjentom (30% ankietowanych). Być może wynika to z faktu, że pacjenci źle oceniają swoją potrzebę pomocy psychologicznej. Możliwe też, że wysoki poziom wsparcia, jakie otrzymują ze strony najbliższego otoczenia, jest wystarczający. U pacjentów przebywających w szpitalu dochodzi do przewartościowania potrzeb, tak że na pierwszym miejscu stawiane są takie elementarne wartości, jak życie i zdrowie, natomiast komfort psychiczny odsuwany jest na dalszy plan [6]. Potwierdzają to badania, które wskazują, że pacjenci oczekują od personelu medycznego przede wszystkim czynności instrumentalnych i informacyjnych, natomiast w znacznie mniejszym stopniu czynności wspierających, np. pomocy psychologicznej [7].

Uzyskane przez autorów niniejszej pracy wyniki dotyczące odsetka pacjentów korzystających z metod medycyny niekonwencjonalnej są zbliżone do otrzymanych w ankiecie przeprowadzonej w Centrum Onkologii w Gliwicach w 2010 r. – jednak, jak podają autorzy, należy zdawać sobie sprawę, że istnieje grupa osób (szczególnie po 65. roku życia), która nigdy nie zgłosiła faktu korzystania z medycyny niekonwencjonalnej swojemu lekarzowi prowadzącemu. W związku z tym należy szacować, że metody te stosowało więcej niż 16% ankietowanych [4]. Spośród tej grupy niemal połowa osób korzystała z bioenergoterapii.

Informowanie pacjenta stanowi ważny etap procesu terapeutycznego, jednakże zarówno treść, jak i jakość przekazywanych informacji należy dostosować do indywidualnych potrzeb pacjenta. Z badań wynika, że ok. 55% chorych na nowotwór odczuwa ulgę po zapoznaniu się z diagnozą [28]. Ponad połowa ankietowanych chciałaby otrzymywać informacje na temat prognozowanej długości życia czy działań niepożądanych leków. Informacja powinna być jednak przekazywana chorym przez odpowiednio przygotowany zespół. Wielu lekarzy mówi o potrzebie szkolenia w zakresie umiejętności komunikacyjnych [29]. Ryzykowne mogą być zarówno zbyt ogólnikowe, jak i zbyt szczegółowe informacje. Niedoinformowanie z kolei może skutkować poczuciem zagrożenia, brakiem zaufania do terapeuty czy po-

szukiwaniem informacji nie zawsze z kompetentnych źródeł, na własną rękę [30].

Pacjenci leczeni pierwotnie z nadzieją częściej żywili nadzieję na pełne wyleczenie. Uzyskanie remisji z jednej strony przynosi ulgę, z drugiej – strach przed nawrotem choroby, który, jeśli nastąpi, może spowodować załamanie się niektórych pacjentów. Dla innych z kolei walka z nawrotem może być łatwiejsza ze względu na znajomość etapów terapii czy działań niepożądanych leków. W przeprowadzonym badaniu dla pacjentów leczonych z powodu nawrotu choroby priorytetem okazało się wydłużenie życia.

Aż 97% badanych wskazało lekarza jako główne wiarygodne źródło informacji o swojej chorobie. Jak wynika z przeprowadzonej ankiety, zdecydowana większość chorych czuje się poinformowana w sposób zadowalający o swojej chorobie; tylko 9% badanych deklaruje, że nie ma żadnych informacji co do dalszego leczenia i rokowań.

Wnioski

- Większość badanych (69%) przyznaje, że po rozpoznaniu choroby nowotworowej pojawiły się u nich spadki nastroju i stany lękowe, tylko 14% z nich zasięgnęło porady psychologa lub psychiatry, najczęściej były to wizyty prywatne poza jednostkami NFZ. Wśród osób, które nie skorzystały z takiej pomocy, 24% podczas trwania choroby wykazywało chęć skonsultowania się z psychologiem lub psychiatrą, ale ostatecznie tego nie zrobiło.
- Prawie połowie pacjentów (45%) nieznane były metody psychologiczne wspierające terapię onkologiczną. Najlepiej znane okazały się grupy wsparcia, szczególnie wśród pacjentek z rakiem piersi i jajnika.
- Z medycyny alternatywnej korzystało 16% badanych, wśród wymienionych metod najczęściej wskazywano bioenergoterapię.
- Szczegółowe informacje na temat prognozowanej długości życia i działań niepożądanych leczenia chciało otrzymać 56% chorych, reszta nie wykazała zainteresowania. Wyniki te sugerują, że wiadomości tego rodzaju powinny być przekazywane stopniowo, z oceną gotowości pacjenta na ich przyjęcie.
- Nadzieje związane z aktualnym leczeniem różniły się w grupie pacjentów leczonych pierwotnie – dla których priorytetem jest całkowite wyleczenie – i w grupie chorych leczonych z powodu nawrotu choroby, gdzie najważniejsze okazało się wydłużenie życia.
- Lekarz prowadzący jest dla pacjentów wiodącym źródłem informacji o ich chorobie.

Piśmiennictwo

- Raporty na podstawie danych Centrum Onkologii, dostępne na: www.onkologia.org.pl.
- Kordek R. Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy. Via Medica, Gdańsk 2007; 35-41.
- Didkowska J, Wojciechowska U, Tarkowski W, Zatoński W. Nowotwory Złośliwe w Polsce w 2007 roku. Centrum Onkologii – Instytut, Warszawa 2009; 2.
- Woźniak-Holecka J, Zborowska K, Holecki T. Medycyna alternatywna jako uzupełniająca forma leczenia chorób nowotworowych w opinii pacjentów onkologicznych. *Psychoonkologia* 2010; 1: 21-28.
- Zielińska-Więczkowska H, Betlakowski J. Jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową poddanych chemioterapii. *Współczesna Onkol* 2010; 14: 276-280.
- de Walden-Gałaszko K. Jakość życia – rozważania ogólne. W: de Walden-Gałaszko K, Majkowiak M (red.). *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994; 372-386.
- Zieniuk AM. Oczekiwania pacjenta onkologicznego wobec personelu medycznego. *Psychoonkologia* 2009; 1-2: 17-27.
- Jabłoński M, Furgał M, Dudek D, Zięba A. Miejsce psychoonkologii we współczesnej psychiatrii. *Psychiatria Polska* 2008; 42: 749-765.
- Rzepka K, Nowicki A. Zespół zmęczenia u chorych na raka piersi. *Współczesna Onkol* 2010; 14: 321-325.
- Wójcik A, Kurjanowicz B. Wybrane problemy w badaniu nad jakością życia w chorobie nowotworowej. *Postępy Rehabilitacji* 2007; 21: 27-30.
- Ślubowska M, Ślubowski T. Problemy psychosocjalne w raku piersi. *Psychoonkologia* 2008; 12: 14-25.
- Nowicki A, Rządowska B. Depresja i lęk u chorych z nowotworami złośliwymi. *Współczesna Onkol* 2005; 9: 396-403.
- Trzebiatowska I. Depresja w chorobie nowotworowej. *Psychoonkologia* 2002; 6: 27-30.
- Łacko A, Matkowski R. Zespół zmęczenia związany z nowotworem. W: Krzemieniecki K (red.). *Leczenie wspomagające w onkologii*. Wyd. 1. Termedia, Poznań 2008; 92-103.
- Meder J. Holistyczne postępowanie w onkologii. W: Krzakowski M (red.). *Onkologia kliniczna*. Tom 1. Wyd. 2 rozszerzone. Borgis, Warszawa 2006; 24-27.
- Ociepka A. Komunikacja z pacjentem. W: Trzciniecka-Green A (red.). *Psychologia*. Podręcznik dla studentów kierunków medycznych. Wydawnictwo Universitas, Kraków 2006; 329-356.
- Dégi CL. Analysis of the effectiveness of psychologic intervention in oncology regarding the quality of life and survival of cancer patients. *Psychiatr Hung* 2006; 21: 138-146.
- Larbig W. Psycho-oncologic intervention – critical review. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1998; 48: 381-389.
- Weis J. Support groups for cancer patients. *Support Care Cancer* 2003; 11: 763-768.
- Uitterhoeve RJ, Vernooy M, Litjens M, Potting K, Bensing J, De Mulder P, van Achterberg. Psychosocial intervention for patients with advanced cancer – a systematic review of the literature. *Br J Cancer* 2004; 91: 1050-1062.
- Sheared T, Maguire P. The effect of psychological intervention on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses. *Br J Cancer* 1999; 80: 1770-1780.
- Gołąb J, Jakóbsiak M, Lasek W. *Immunologia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002; 23: 326-337.
- Luebbert K, Dahme B, Hasenbring M. The effectiveness of relaxation training in reducing treatment-related symptoms and improving emotional adjustment in acute non-surgical cancer treatment: a meta-analytical review. *Psychooncology* 2001; 10: 490-502.
- Choi J, Kuo CW, Sikorskii A, You M, Sherwood PR, Given CW, Given BA. Cognitive behavioral symptom management intervention in patients with cancer: survival analysis. *Support Care Cancer* 2012; 20: 1243-1250.
- Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM, Henrichs M, Carnicke CLM. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983; 249: 751-757.
- Zielińska-Więczkowska H, Betlakowski J. Pomiar i ocena wsparcia społecznego u pacjentów hospitalizowanych poddanych chemioterapii. *Współczesna Onkol* 2010; 14: 229-232.
- Michałowska-Wieczorek I. Rola wsparcia w zmaganiu się z chorobą nowotworową. *Psychoonkologia* 2006; 10: 51-56.
- Bąk-Sosnowska M. Rozmowy o śmierci – czy prowadzą je lekarze, czy chcą ich pacjenci. *poradnikmedyczny.pl*; 8 września 2004 [dostęp 16 sierpnia 2011]; http://www.poradnikmedyczny.pl/mod/archiwum/4967_rozmowy_%C5%9Bmierci_prowadz%C4%85.html
- Mielcarek P, Kozaka J. Funkcjonowanie emocjonalne chorych z objawami niepowodzenia chemioterapii zaawansowanego raka jajnika. *Psychoonkologia* 2006; 10: 9-14.
- Osipczuk M. Przekazywanie informacji pacjentom; *psychotekst.com*; 12 grudnia 2003 [dostęp 16 sierpnia 2011]; <http://psychotekst.com/artykuly.php?%20nr=9>.