

Radzenie sobie z chorobą nowotworową przez młodych dorosłych a znaczenie wsparcia od zespołu pielęgniarskiego

Coping with cancer by young adults vs. importance of support from the nursing team

Grażyna Cepuch¹, Sylwia Beres²

¹Wydział Nauk o Zdrowiu, *Collegium Medicum* Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

²absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu, *Collegium Medicum* Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

Psychoonkologia 2016, 20 (1): 27–36

DOI: 10.5114/pson.2016.60927

Adres do korespondencji:

Grażyna Cepuch
Wydział Nauk o Zdrowiu
Collegium Medicum Uniwersytetu
Jagiellońskiego
ul. Michałowskiego 12
31-126 Kraków
e-mail: grazyna.cepuch@uj.edu.pl

Streszczenie

Wstęp: Trudna sytuacja skłania pacjentów onkologicznych do wyboru różnych strategii radzenia sobie i powoduje, że potrzebują oni szczególnego wsparcia. Sieć wsparcia to także grono profesjonalistów, którzy towarzyszą chorym w procesie terapeutycznym.

Cel pracy: Ocena wsparcia otrzymywanego od zespołu pielęgniarskiego w opinii pacjentów z chorobą nowotworową oraz przystosowania tych pacjentów do choroby poprzez wybór strategii radzenia sobie.

Materiał i metody: Badaniami objęto 53 osoby obojga płci z rozpoznaniem choroby nowotworowej w przedziale wiekowym od 18. do 35. roku życia. W badaniu zastosowano kwestionariusze ankiet: skalę Mini-MAC, polską wersję Berlińskiej Skali Wsparcia Społecznego (*Berlin Social Support Scale – BSSS*) oraz kwestionariusz demograficzno-epidemiologiczny.

Wyniki i wnioski: W całej grupie badanych najczęściej wybierana była strategia ducha walki ($M = 23,2$) i styl konstruktywny radzenia sobie ($M = 44,6$). Wśród kobiet średnie wartości odnoszące się do spostrzeganego dostępnego wsparcia i aktualnie otrzymywanego wsparcia były nieco mniejsze, a w przypadku podskala zapotrzebowanie na wsparcie i poszukiwanie wsparcia były wyższe niż u mężczyzn. Wykazano statystycznie istotne różnice w strategii pozytywnego przewartościowania ($p = 0,0435$) w odniesieniu do starszej podgrupy wiekowej. U pacjentów z chorobą trwającą ponad rok najczęściej związków z czasem trwania choroby miały pary podskala z BSSS oraz strategię stylu konstruktywnego skali Mini-MAC. Wsparcie udzielane przez zespół pielęgniarski można uznać za jeden z istotnych czynników determinujących wybór strategii radzenia sobie pacjentów z chorobą nowotworową.

Abstract

Introduction: The difficult situation leads patients with cancer to choose from a variety of coping strategies and means that they need a special support. A support network is not only family, but also a bunch of professionals who accompany patients in the therapeutic process.

Aim of the study: Evaluate the support received from the nursing team in the opinion of patients with cancer and the evaluation of these patients adapt to the disease through the selection of coping strategies.

Material and methods: The study included 53 people of both sexes diagnosed with cancer (ages: 18 to 35 years old). In the study used: the scale Mini-MAC, Berlin Social Support Scale, and an epidemiological questionnaire.

Results and conclusions: The most common strategy of choice among the group was a fighting spirit ($M = 23.2$). Style constructive coping style was the

most popular choice ($M = 44.6$). Among women, the average values for perceived support available and actually obtaining support were slightly lower than in men, and in the case subscale of the need for support and seeking support were higher than those of the opposite sex. Statistical analysis revealed the existence of differences in strategy a positive reevaluation ($p = 0.0435$) in relation to older subpopulation. In patients with cancer lasted more than a year most compounds with disease duration subscales had a pair of BSSS and a strategy of constructive style in scale Mini-MAC. The support provided by a nursing team can be considered as one of the important factors determining the choice of coping strategies of patients with cancer.

Słowa kluczowe: choroba nowotworowa, strategie radzenia sobie, młodzi dorośli.

Key words: cancer, coping strategies, young adults.

Wstęp

Za jedną z najbardziej stresujących sytuacji w życiu człowieka można uznać rozpoznanie choroby nowotworowej. Jej obecność może pociągać za sobą konsekwencje emocjonalne i behawioralne, zwłaszcza u osób młodych. Determinanty mające udział w procesach zmagania się z chorobą nowotworową często są związane z samym spostrzeganiem choroby [1, 2]. U osób cierpiących na nowotwór można zauważyć towarzyszącą temu procesowi depresję, lęk czy poczucie gniewu oraz zmiany we wzorcach zachowań. Obecność transformacji jest normalną reakcją na stres, jednak wśród chorych istnieją różnice w sposobach radzenia sobie z trudnymi sytuacjami. Istotną przyczyną wspomnianych różnic są indywidualne dla każdej jednostki strategie radzenia sobie z sytuacją trudną, a sposoby konfrontacji z problemami wpływają na jakość życia [1–5]. Przyjęty sposób zachowania zależy między innymi od przeszłych zdarzeń, jakich dana osoba doświadczyła. Uznaje się, że osoba młoda, nieposiadająca jeszcze bogatego bagażu doświadczeń, może mieć trudności z opanowaniem stresu wynikającego z rozpoznania choroby nowotworowej [1]. Czas, w jakim osoba przystosuje się do sytuacji, zależy od rozmaitych czynników związanych z podatnością na stres. Zachodzące zmiany związane z chorobą mogą stanowić trudność w radzeniu sobie w sytuacjach dnia codziennego, lecz mogą mieć również charakter pozytywny i prowadzić do przewartościowania dotychczasowego życia [1, 6–8]. Radzenie sobie z sytuacją trudną nie jest trwałą cechą osobowości, lecz konstelacją procesów poznawczych i zachowań, które są reakcją na sytuacje stresowe. Radzenie sobie spełnia dwie funkcje: instrumentalną – zorientowaną na danym problemie i skierowaną na jego rozwiązanie, oraz drugą – funkcję regulacji emocji, mającą na celu opanowanie uczuć związanych ze stresem [1, 8–10]. Stosunek do informacji o stanie zdrowia stał

się podstawą wyodrębnienia poznawczych stylów radzenia sobie: poszukującego i unikającego informacji. Poszukiwanie informacji idzie w parze z tendencją do zwalczania negatywnych czynników i konfrontacji z chorobą, a unikanie skutkuje ucieczką i wycofaniem [11–13].

Znaczącą rolę w podtrzymaniu zdrowia i możliwości oddziaływania na stan emocjonalny pacjenta odgrywa wsparcie. Personel medyczny stoi przed zadaniem, jakim jest pomoc pacjentowi w odzyskaniu zdrowia w ujęciu somatycznym i psychicznym. Otwarta postawa, rozmowa zawierająca element zrozumienia i akceptacji sytuacji chorego ma w sobie bezcenny czynnik terapeutyczny, poprawia jakość życia i zwiększa poziom samoopieki pacjenta [14–16]. We współpracy z pacjentem zespół pielęgniarstwa powinien zwrócić uwagę nie tylko na odczuwany przez niego ból i stan emocjonalny [17, 18], lecz także ocenić poziom akceptacji choroby i adaptacji do niej. Można oczekiwać, że dzięki wsparciu ze strony zespołu medycznego i poszanowaniu godności pacjenta jego bierny stosunek do choroby zmieni się w czynny, a brak akceptacji choroby i złość przetransformuje na chęć do walki i pełne zaangażowanie [14, 17, 18].

Celem badania była ocena wsparcia otrzymanego od zespołu pielęgniarstwa w opinii pacjentów z chorobą nowotworową oraz ocena przystosowania tych pacjentów do choroby poprzez wybór strategii radzenia sobie.

Material i metody

Badanie zostało przeprowadzone zgodnie z zasadami Deklaracji Helsińskiej, za zgodą dyrektorów placówek leczących młodych dorosłych z chorobą nowotworową na terenie Krakowa: Centrum Onkologii, Oddziału Klinicznego Onkologii Szpitala Uniwersyteckiego, Szpitala Specjalistycznego im. L. Rydygiera, Szpitala Specjalistycznego im. J. Dietla. Na badanie uzyskano zgodę Komisji

Bioetycznej (KBET/42/B/2013). Zespół pielęgniarski ww. placówek leczniczych nie był dodatkowo przygotowywany do celów niniejszego badania, nie były ustalane schematy postępowania w udzielaniu wsparcia wspólne dla wszystkich placówek. Wsparcie udzielane pacjentom przez pielęgniarki wynikało z funkcji i kompetencji zawodowych, posiadanych zasobów wiedzy nabytej w trakcie kształcenia zawodowego i praktyki zawodowej. Pacjenci oceniali je przy użyciu kwestionariusza BSSS. Przed badaniem pacjenci zostali poproszeni, by przy ocenie wsparcia udzielanego im przez zespół pielęgniarski dołożyli wszelkich starań, aby pominąć czynniki mogące wpłynąć na ich obiektywną ocenę.

Badaniami objęto 53 osoby obojga płci z rozpoznaną chorobą nowotworową, w tym 21 kobiet (39,6%) oraz 32 mężczyzn (60,4%). Średnia wieku grupy badanej wyniosła $27,5 \pm 5,4$ roku. Ze względu na dużą różnicę wieku minimalnego i maksymalnego respondentów podzielono na dwie podgrupy: 18–26 lat i 27–35 lat. Szczegółową charakterystykę grupy zawiera tabela 1. Kryterium włączenia do badań stanowiły: potwierdzona choroba nowotworowa, przebyty przynajmniej jeden cykl chemioterapii, brak współistnienia innych chorób somatycznych, brak zaburzeń psychiczno-emocjonalnych potwierdzonych przez specjalistę, brak innej trudnej sytuacji życiowej zadeklarowanej przez respondenta (np. rozpad związku/małżeństwa, utrata kogoś bliskiego), brak przebycia leczenia, które skutkowałoby widocznymi następstwami fizycznymi (utrata wzroku, słuchu, mastektomia).

W badaniu wykorzystano:

- polską wersję Berlińskiej Skali Wsparcia Społecznego (*Berlin Social Support Scales* – BSSS), której autorami są Schwarzer, Schulz, Łuszczynska i Kowalska, oceniającą poziom wsparcia. Użyto czterech podskal: spostrzegane dostępne wsparcie, zapotrzebowanie na wsparcie, poszukiwanie wsparcia, aktualnie otrzymywane wsparcie;
- skalę Mini-MAC autorstwa Watson i wsp. w adaptacji Juczyńskiego [19]. Skala Mini-MAC jest narzędziem badającym przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej. Zawiera 29 stwierdzeń mierzących cztery strategie radzenia sobie;
- kwestionariusz demograficzno-epidemiologiczny własnego autorstwa.

Do analizy statystycznej użyto programu Statistica 10.0 (StatSoft Inc., 2011). W przypadku skal jakościowych wyniki przedstawiono za pomocą liczebności (n) oraz wskaźnika struktury (%). Dla zmiennych na skalach ilościowych wyznaczono podstawowe miary statystyki opisowej: średnią arytmetyczną, medianę, kwartyle, wartości mi-

nimalne i maksymalne oraz odchylenie standardowe. Zgodność rozpatrywanych zmiennych ilościowych z rozkładem normalnym badano przy użyciu testu Shapiro-Wilka. Z uwagi na to, że rozkłady istotnie odbiegały od rozkładu normalnego, a także liczebności porównywanych grup były niewielkie i różne, do weryfikacji hipotez zastosowano metody nieparametryczne. Do porównań między grupami wykorzystano test U Manna-Whitneya (w przypadku dwóch grup porównawczych) oraz test Kruskala-Wallisa (dla trzech grup). Analizę korelacji pomiędzy skalami Mini-MAC i BSSS wykonano za pomocą współczynnika korelacji rang Spearmana. Założono poziom istotności $\alpha = 0,05$. Za istotne statystycznie uznawano wyniki, gdy wyliczone prawdopodobieństwo testowe p spełniało nierówność $p < 0,05$.

Wyniki

Wyniki analizy kwestionariusza Mini-MAC

W całej grupie badanych najczęściej wybieraną strategią radzenia sobie była strategia określana

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy

Table 1. Characteristics of the study group

Płeć	n	%
kobieta	21	39,6
mężczyzna	32	60,4
Wiek		
18–26 lat	21	39,6
27–35 lat	32	60,4
wiek M \pm SD (min.–maks.)	27,5 \pm 5,4 (18–35)	
Miejsce zamieszkania		
wieś	15	28,3
małe miasto	19	35,8
duże miasto	19	35,8
Czas trwania choroby		
do 1 roku	32	60,4
powyżej 1 roku	21	39,6
Rozpoznanie		
nowotwór jajnika	10	18,9
nowotwór piersi	6	11,3
nowotwór jądra	17	32,1
nowotwór skóry	8	15,1
białaczki i chłoniaki	12	22,6
razem	53	100,0

Tabela 2. Wyniki kwestionariusza Mini-MAC dla ogółu respondentów ($n = 53$)**Table 2.** The results of the questionnaire Mini-MAC – all respondents ($n = 53$)

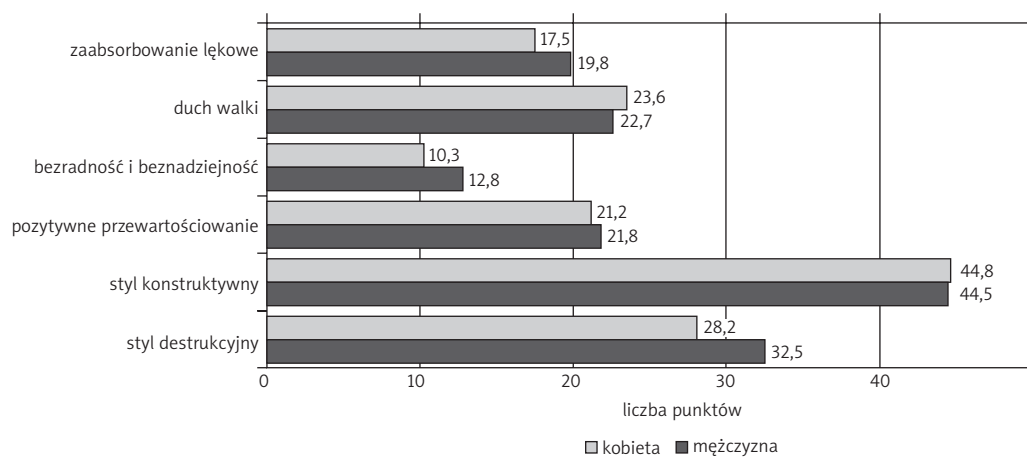
Strategia	M	Me	Min.	Maks.	Q1	Q3	SD
zaabsorbowanie lękowe	18,4	19	8	30	14	23	5,7
duch walki	23,2	24	16	28	21	26	3,3
bezzadność i beznadziejność	11,3	11	7	21	8	13	3,7
pozytywne przewartościowanie	21,4	21	13	27	20	24	2,9
styl konstruktywny	44,6	45	33	54	42	48	5,3
styl destrukcyjny	29,9	32	15	49	22	35	8,8

M – średnia arytmetyczna, Me – mediana, Min. – wartość minimalna, Maks. – wartość maksymalna, Q1 – dolny kwartył, Q3 – górny kwartył, SD – odchylenie standardowe

Tabela 3. Wybrane strategie a wiek pacjentów – wyniki testu U Manna-Whitneya dla kwestionariusza Mini-MAC**Table 3.** Selected strategies and age of the patients – the results of the U Mann-Whitney test for the questionnaire Mini-MAC

Strategia	M	Me	Min.	Maks.	Q1	Q3	SD
zaabsorbowanie lękowe	18,4	19	8	30	14	23	5,7
duch walki	23,2	24	16	28	21	26	3,3
bezzadność i beznadziejność	11,3	11	7	21	8	13	3,7
pozytywne przewartościowanie	21,4	21	13	27	20	24	2,9
styl konstruktywny	44,6	45	33	54	42	48	5,3
styl destrukcyjny	29,9	32	15	49	22	35	8,8

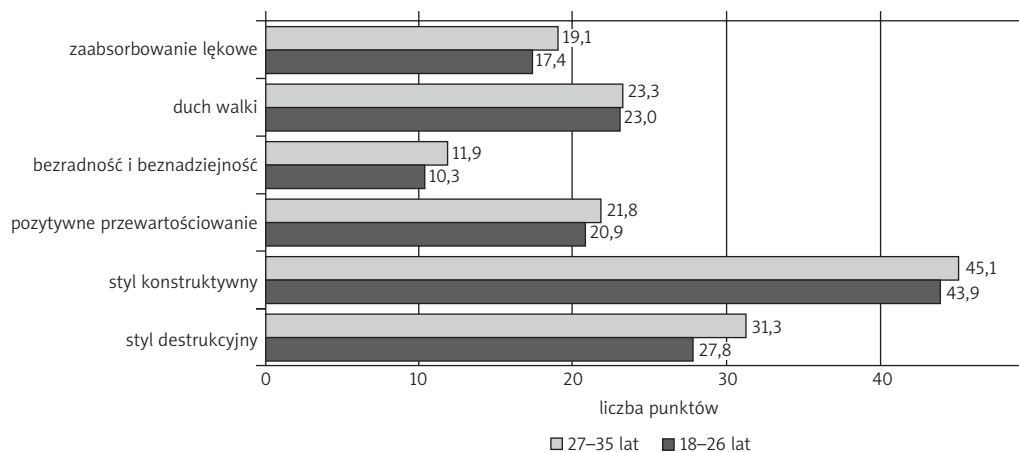
M – średnia arytmetyczna, Me – mediana, Min. – wartość minimalna, Maks. – wartość maksymalna, Q1 – dolny kwartył, Q3 – górny kwartył, SD – odchylenie standardowe

**Rycina 1.** Płeć badanych a wybrane strategie – wynik analizy kwestionariusza Mini-MAC**Figure 1.** Of sex respondents and selected strategies – the result of the analysis of the questionnaire Mini-MAC

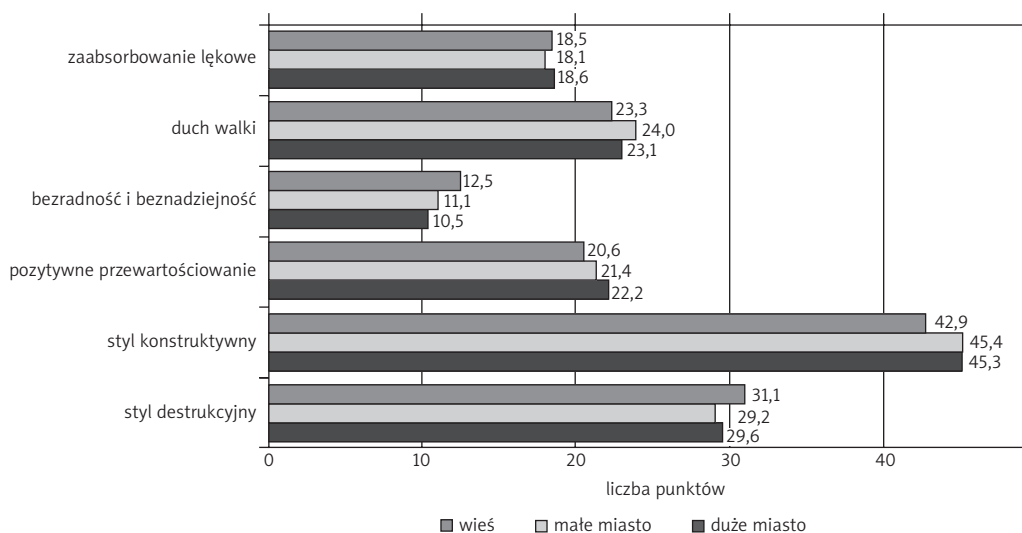
jako duch walki ($M = 23,2$), a dominującym stylem był styl konstruktywny (tab. 2.). Wyniki uwzględniające płeć przedstawia ryc. 1. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic pomiędzy wybieranymi strategiami a płcią.

Analiza kwestionariusza wykazała, że w grupie pacjentów w wieku 18–26 lat i w wieku 27–35 lat

dominował styl konstruktywny, a główną strategią był duch walki (ryc. 2.). Analiza badań przeprowadzona testem U Manna-Whitneya wykazała, że istotne statystycznie różnice istnieją jedynie w odniesieniu do strategii pozytywnego przewartościowania ($p = 0,0435$) (tab. 3.). Porównanie wartości mediany oraz średniej arytmetycznej wskazuje, że



Rycina 2. Wiek badanych a wybierane strategie – wynik analizy kwestionariusza Mini-MAC
Figure 2. Age of respondents and selected strategies – the result of the analysis of the questionnaire Mini-MAC
 liczba punktów



Rycina 3. Miejsce zamieszkania pacjentów a wybierane strategie – wyniki analizy kwestionariusza Mini-MAC
Figure 3. Place of residence patients and selected strategies – the results of the analysis of the questionnaire Mini-MAC
 liczba punktów

wyższymi wartościami na tej podskali charakteryzowali się ankietowani ze starszej grupy wiekowej.

Nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic (analiza przy użyciu testu Kruskala-Wallisa) pomiędzy wybranymi strategiami i stylami w zależności od miejsca zamieszkania badanych – wieś, małe miasto (poniżej 20 tys. mieszkańców) i duże miasto (powyżej 20 tys. mieszkańców). U większości respondentów podzielonych ze względu na miejsce zamieszkania dominował styl konstruktywny nad destrukcyjnym. Duch walki oraz pozytywne przewartościowanie były najczęściej wybranymi strategiami (ryc. 3.).

Zarówno wśród pacjentów z chorobą nowotworową trwającą do 12 miesięcy, jak i chorujących

powyżej 1 roku przeważał styl konstruktywny ($M = 44,5$ i $M = 44,9$) nad destrukcyjnym ($M = 29,0$ i $M = 31,2$). Test *U* Manna-Whitneya nie wykazał istotnych statystycznie różnic między grupami wyodrębnionymi ze względu na czas trwania choroby.

Wyniki dla kwestionariusza BSSS

Suma średnich wartości dla czterech wykorzystanych podskal kwestionariusza BSSS (spozrzedzone dostępne wsparcie $M = 30,0$; zapotrzebowanie na wsparcie $M = 11,7$; poszukiwanie wsparcia $M = 15,1$ oraz aktualnie otrzymywane wsparcie $M = 49,2$) wyniosła $M = 105,8$ (tab. 4.). Wśród an-

kietowanych kobiet średnie wartości odnoszące się do podskali spostrzegane dostępne wsparcie i aktualnie otrzymywane wsparcie były nieco mniejsze niż u mężczyzn (kobiety – $M = 29,9 + M = 48,3$, mężczyźni – $M = 30,0 + M = 49,9$), natomiast średnie wartości dla podskali zapotrzebowanie na wsparcie i poszukiwanie wsparcia były nieznacznie większe u kobiet niż u mężczyzn ($M = 12,0 + M = 15,9$ vs $M = 11,5 + M = 14,5$). Wynik testu *U* Manna-Whitneya nie wykazał istotnych statystycznie zależności pomiędzy płcią a podskalami kwestionariusza BSSS.

W grupie wiekowej 18–26 lat średnie wartości dla wykorzystanych podskal były mniejsze ($M = 103,7$) od średnich wartości dla grupy starszej ($M = 107,2$). Analiza testem *U* Manna-Whitneya wykazała istnienie istotnych statystycznie różnic między porównywanymi grupami w odniesieniu do skali poszukiwanie wsparcia ($p = 0,0287$) oraz aktualnie otrzymywane wsparcie ($p = 0,0386$). W obu przypadkach większe wartości median i średnich dotyczyły grupy starszej (27–35 lat) (tab. 5.).

Po podziale pacjentów na trzy grupy ze względu na miejsce zamieszkania najwyższe wartości całościowej średniej arytmetycznej ($M = 109,6$) i mediany ($Me = 112$) uzyskano dla grupy zamieszkującej duże miasto. Dla mieszkańców wsi mediana ($Me = 105$) oraz średnia arytmetyczna ($M = 103,2$) miały wartość najniższą. Ankietowani zamieszkujący małe miasto uzyskiwali wartości większe od mieszkańców wsi oraz mniejsze od mieszkańców dużych miast ($M = 104,2$, $Me = 108$). Test Kruskala-Wallisa nie wykazał jednak istotnych statystycznie różnic wskazujących na wpływ miejsca zamieszkania na wartości uzyskiwane przez badanych pacjentów w poszczególnych podskalach kwestionariusza BSSS.

Ankietowani z grupy z czasem trwania choroby powyżej 1 roku uzyskali wyższe wartości mediany ($Me = 111$) i średniej arytmetycznej ($M = 107,0$) w porównaniu z respondentami, u których choroba trwała krócej niż 1 rok ($M = 105,1$,

$Me = 109$). Test *U* Manna-Whitneya nie wykazał jednak istotnych statystycznie zależności pomiędzy czasem trwania choroby a wartościami dla poszczególnych podskal kwestionariusza BSSS.

Korelacje dla par zmiennych ze skali Mini-MAC i BSSS (tab. 6.) bez podziału na grupy, przeprowadzone przy wykorzystaniu współczynnika rang Spearmana, wykazały istnienie wyraźnych, istotnych statystycznie związków pomiędzy stylem konstruktywnym (oraz wchodzącymi w jego skład strategiami duch walki i pozytywne przewartościowanie) a podskalami kwestionariusza BSSS. Korelacje te mają kierunek dodatni. Rosnącym wartościom na skalach stylu konstruktywnego towarzyszą rosnące wartości na skalach wsparcia.

Styl destrukcyjny i jego składowe (zaabsorbowanie lękowe oraz bezradność i beznadziejność) zasadniczo nie korelują z BSSS, z trzema wyjątkami: – bezradność i beznadziejność vs spostrzegane dostępne wsparcie – $R = -0,41$, $p = 0,0024$, – bezradność i beznadziejność vs aktualnie otrzymywane wsparcie – $R = -0,31$, $p = 0,0233$, – styl destrukcyjny vs spostrzegane dostępne wsparcie – $R = -0,32$, $p = 0,0193$.

Po podziale respondentów na grupy ze względu na płeć okazuje się, że wśród mężczyzn z BSSS koreluje tylko styl konstruktywny i jego składowe (styl konstruktywny vs wszystkie podskale kwestionariusza BSSS – $R = 0,59$, $p = 0,004$). Z kolei wśród kobiet oprócz korelacji stylu konstruktywnego z podskalami BSSS zachodzą istotne związki również dla stylu destrukcyjnego i jego składowych (np. bezradność i beznadziejność vs wszystkie podskale kwestionariusza BSSS – $R = -0,54$, $p = 0,021$). Zmniejszającym się wartościom wsparcia towarzyszą rosnące wartości dla strategii stylu destrukcyjnego.

Przy analizie korelacji pomiędzy kwestionariuszami z uwzględnieniem podziału na grupy wiekowe 18–26 lat oraz 27–35 lat zauważa się więcej istotnych związków w starszej grupie wiekowej, zarówno dla stylu destrukcyjnego, jak i konstruk-

Tabela 4. Miary statystyki opisowej dla kwestionariusza BSSS dla ogółu badanych
Table 4. Measures of descriptive statistics for BSSS questionnaire for all respondents

Skala	<i>M</i>	<i>Me</i>	Min.	Maks.	Q1	Q3	SD
spostregane dostępne wsparcie	30,0	32	22	32	29	32	2,9
zapotrzebowanie na wsparcie	11,7	13	4	16	10	14	2,5
poszukiwanie wsparcia	15,1	16	5	20	13	18	3,9
aktualnie otrzymywane wsparcie	49,2	51	28	57	49	51	4,2
BSSS razem	105,8	109	79	119	100	113	10,8

M – średnia arytmetyczna, *Me* – mediana, *Min.* – wartość minimalna, *Maks.* – wartość maksymalna, *Q1* – dolny kwartyl, *Q3* – górny kwartyl, *SD* – odchylenie standardowe

Tabela 5. Wiek badanych a ocena wsparcia – wyniki testu U Manna-Whitneya dla kwestionariusza BSSS**Table 5.** The age of respondents and assessment support – the results of the U Mann-Whitney test for BSSS questionnaire

Skala	Z	p
spozrzegane dostępne wsparcie	0,0	0,9922
zapotrzebowanie na wsparcie	0,4	0,6574
poszukiwanie wsparcia	2,2	0,0287
aktualnie otrzymywane wsparcie	2,1	0,0386
BSSS razem	1,4	0,1635

Z – wartość statystyki testu U Manna-Whitneya, p – prawdopodobieństwo testowe $p < 0,05$

tywnego, choć przeważają istotne statystycznie związki dla strategii stylu konstruktywnego. Jednakże tylko w tej grupie wiekowej istotne statystycznie związki pojawiły się w przypadku strategii stylu destrukcyjnego i wszystkich użytych podskal skali BSSS.

Wśród przedstawicieli młodszej grupy wiekowej korelacja dotyczy głównie stylu konstruktywnego (styl konstruktywny *vs* wszystkie podskale kwestionariusza BSSS – $R = 0,66$, $p = 0,0012$) oraz jednej strategii stylu destrukcyjnego (beznadziejność i beznadziejność *vs* spozrzegane dostępne wsparcie – $R = -0,51$, $p = 0,0171$).

Badanie związków pomiędzy wsparciem a stylami radzenia sobie z chorobą nowotworową z uwzględnieniem miejsca zamieszkania wykazuje istotne statystycznie korelacje wśród pacjentów zamieszkujących wieś i małe miasto. U mieszkańców dużych miast wykazano zdecydowanie mniej istotnych związków. Wśród chorych z małego miasta i wsi istotne związki występowały zarówno dla wartości stylu konstruktywnego, jak i destrukcyjnego, wśród mieszkańców dużego miasta – jedynie dla strategii stylu konstruktywnego.

Przy analizie korelacji pomiędzy kwestionariuszami z uwzględnieniem czasu trwania choroby nowotworowej (do 1 roku i powyżej 1 roku) zauważa się więcej istotnych związków w grupie badanych chorujących ponad 12 miesięcy. Zauważalne jest to w większej liczbie istotnych statystycznie korelacji oraz w wyższych wartościach R Spearmana.

Wśród pacjentów z chorobą nowotworową trwającą ponad 1 rok najwięcej związków z czasem trwania choroby mają pary podskal BSSS oraz strategii stylu konstruktywnego skali Mini-MAC. Wśród par związanych ze stylem destrukcyjnym radzenia sobie istnieje mniej istotnych związków. W przypadku respondentów chorujących na nowotwór poniżej 1 roku nie zaobserwowano wielu istotnych statystycznie związków pomiędzy kwestionariuszami, natomiast te istniejące występują

Tabela 6. Korelacje między kwestionariuszami Mini-MAC i BSSS ogółem, bez podziału na grupy**Table 6.** The correlation between questionnaires Mini-MAC and BSSS in total, without division into groups

Para zmiennych	R Spearman	p
LĘK & spozrzegane dostępne wsparcie	-0,23	0,1050
LĘK & zapotrzebowanie na wsparcie	-0,05	0,7077
LĘK & poszukiwanie wsparcia	-0,05	0,7015
LĘK & aktualnie otrzymywane wsparcie	-0,20	0,1532
LĘK & BSSS razem	-0,12	0,4095
WAL & spozrzegane dostępne wsparcie	0,42	0,0018
WAL & zapotrzebowanie na wsparcie	0,52	0,0001
WAL & poszukiwanie wsparcia	0,43	0,0013
WAL & aktualnie otrzymywane wsparcie	0,38	0,0045
WAL & BSSS razem	0,49	0,0002
BEZ & spozrzegane dostępne wsparcie	-0,41	0,0024
BEZ & zapotrzebowanie na wsparcie	-0,03	0,8367
BEZ & poszukiwanie wsparcia	-0,14	0,3031
BEZ & aktualnie otrzymywane wsparcie	-0,31	0,0233
BEZ & BSSS razem	-0,27	0,0543
POZ & spozrzegane dostępne wsparcie	0,46	0,0005
POZ & zapotrzebowanie na wsparcie	0,62	0,0000
POZ & poszukiwanie wsparcia	0,58	0,0000
POZ & aktualnie otrzymywane wsparcie	0,55	0,0000
POZ & BSSS razem	0,68	0,0000
KON & spozrzegane dostępne wsparcie	0,47	0,0004
KON & zapotrzebowanie na wsparcie	0,65	0,0000
KON & poszukiwanie wsparcia	0,57	0,0000
KON & aktualnie otrzymywane wsparcie	0,52	0,0001
KON & BSSS razem	0,65	0,0000
DES & spozrzegane dostępne wsparcie	-0,32	0,0193
DES & zapotrzebowanie na wsparcie	-0,05	0,7489
DES & poszukiwanie wsparcia	-0,10	0,4791
DES & aktualnie otrzymywane wsparcie	-0,22	0,1219
DES & BSSS razem	-0,18	0,1971

LĘK – zaabsorbowanie lękowe, WAL – duch walki, BEZ – beznadziejność i beznadziejność, POZ – pozytywne przewartościowanie, KON – styl konstruktywny, DES – styl destrukcyjny; BSSS razem – wszystkie użyte podskale kwestionariusza BSSS

głównie w parach związanych z podskalami BSSS i strategiami stylu konstruktywnego kwestionariusza Mini-MAC. Ze stylem destrukcyjnym łączy się jedna para zmiennych: beznadziejność i beznadziejność *vs* spozrzegane dostępne wsparcie ($R = -0,47$, $p = 0,0067$).

Dyskusja

Zachorowanie na nowotwór, często w sposób nieuświadomiony, skłania do wyboru strategii radzenia sobie. Dokonany wybór bywa niekiedy odzwierciedleniem cech osobowości, indywidualnego podejścia do życia, umiejętności akceptacji trudnych sytuacji życiowych, uwarunkowań religijnych czy też otrzymywanego wsparcia społecznego. Bardzo często skuteczność strategii radzenia sobie zależy od związku pomiędzy odbieraniem i charakterystyką stresora, poczucia kontroli nad samym sobą oraz od indywidualnych strategii [20]. W badaniu własnym znamienna większość respondentów charakteryzowała się wyborem strategii stylu konstruktywnego w walce z chorobą. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni wybrali strategię ducha walki i pozytywnego przewartościowania jako dominujący sposób radzenia sobie z trudną sytuacją.

Z analizy badania wynika, że płeć nie jest zmienną różnicującą wybór strategii radzenia sobie. Pomimo braku istotnych statystycznie związków można było zaobserwować tendencję wskazującą, że kobiety wykazują większe zaangażowanie i lękowe niż mężczyźni, odmiennie od wyników badań innych autorów [11, 21]. W badaniu Michalowskiej-Wieczorek [21] u kobiet wykazano silniejszą potrzebę korzystania z różnych form wsparcia społecznego, co znalazło potwierdzenie także w wynikach naszych badań – wskaźnik poszukiwania wsparcia i zapotrzebowania na wsparcie był większy u kobiet niż u mężczyzn, aczkolwiek nieistotnie statystycznie. Ponadto w grupie kobiet zaobserwowano, że zmniejszającym się wartościom wsparcia towarzyszą rosnące wartości dla strategii destrukcyjnych. Można dzięki temu założyć, że kobiety są bardziej podatne na wpływy z zewnątrz i swoje zachowania uzależniają od otrzymywanego wsparcia.

Dosyć często umiejętność lepszego radzenia sobie z sytuacją trudną jest kojarzona z wiekiem – zakłada się, że człowiek starszy ma większe doświadczenie, co pozwala mu sięgnąć po konstruktywne metody rozwiązywania problemów. W badaniach Kurowskiej i Jaworskiej [11], podobnie jak w badaniu własnym, powyższe stwierdzenie znalazło potwierdzenie – starsi respondenci wykazywali większą akceptację choroby. W starszej podgrupie badanych (27–35 lat) obserwuje się wyższe wartości skali pozytywnego przewartościowania, która jest dominantą konstruktywnego stylu radzenia sobie, jak również zaobserwowano wyższe wartości aktualnie otrzymywanego wsparcia i poszukiwania wsparcia. Natomiast korelacje, w których obniżała się wartość wsparcia otrzymywanego,

wskazały wzrost tendencji do wyboru strategii stylu destrukcyjnego. Również Havva i wsp. [22] dowodzą, że wraz z wiekiem wzrasta liczba zachowań destrukcyjnych, prowadzących często do depresji. W badaniu własnym młodzi dorośli z chorobą trwającą powyżej roku charakteryzowali się zarówno strategiami stylu konstruktywnego, jak i destrukcyjnego. Należy jednak zauważyć, że wraz z większymi wartościami otrzymywanego wsparcia wzrastały zachowania przynależne do strategii stylu konstruktywnego. Dla pacjentów chorujących krócej niż rok istotnie statystycznie związki w większości towarzyszyły strategiom konstruktywnym, z wyjątkiem bezradności i beznadziejności, której wartości obniżały się wraz z mniejszymi wartościami spostrzeganego dostępnego wsparcia.

Ocena wpływu miejsca zamieszkania na wybierane strategie radzenia sobie nie wykazała istotnych związków, podobnie jak u innych autorów [11].

Poczucie otrzymywanego wsparcia to poczucie braku osamotnienia. Bemana [23] oraz Mushtaq i wsp. [24] zwracają uwagę na związek samotności z zachowaniami destrukcyjnymi. Z ich obserwacji można wnioskować, że obecność drugiego człowieka jest nieocenionym źródłem wartości determinujących jakość życia. Także otrzymywane wsparcie od bliskich jest znaczące dla jakości życia, czego dowodzi Skeels i wsp. [25]. Sieć wsparcia to nie tylko najbliższa rodzina i przyjaciele, lecz także osoby sprawujące profesjonalną opiekę. Konieczne jest, aby chorzy mieli świadomość istnienia różnych źródeł wsparcia społecznego i inicjatyw, które w pozytywny sposób przyczynią się do zapobiegania zachowaniom destrukcyjnym i wyboru pożądanym strategii radzenia sobie. Według Havva i wsp. [22], Leeg [26] oraz Roux i wsp. [27] pracownicy ochrony zdrowia są ważni dla utrzymania dobrego samopoczucia pacjentów. Valente i wsp. [28] wskazują na pozytywny związek pomiędzy udzielanym wsparciem a pożądanymi zachowaniami zdrowotnymi, podając przykład zależności pomiędzy brakiem wsparcia a większym poziomem depresji i gorszą zdolnością znoszenia bólu. Wyniki badania własnego wskazują na istotny związek pomiędzy wsparciem otrzymywanym od zespołu pielęgniarskiego w opinii młodych dorosłych a podejmowaną przez nich strategią stylu konstruktywnego. Ponadto można zauważyć, że mniejszej wartości aktualnie udzielanego wsparcia i spostrzeganego dostępnego wsparcia towarzyszą wyższe wartości strategii stylu destrukcyjnego. Richardson i wsp. [29] podkreślają, że pacjenci oczekują od personelu medycznego empatii, pozytywnego podejścia oraz rzetelnych informacji

dotyczących stanu zdrowia. Także Yu i wsp. [30] zwracają uwagę, że poprawna wzajemna komunikacja między personelem a pacjentem może być nie tylko ważną metodą pozwalającą na osiągnięcie adaptacji, lecz także celem dobrze przeprowadzonej interwencji psychospołecznej. Zespół przyczynia się do zmniejszenia poczucia bezradności i beznadziejności, dając tym samym szansę na konstruktywną walkę z chorobą oraz pomoc przy wyborze strategii radzenia sobie.

Brakowi wsparcia i niskiej jakości życia związanej z ograniczeniami wynikającymi z choroby towarzyszy często uczucie niepokoju i stresu. Badania Antonova i wsp. [31], jak również Santos i wsp. [32] pokazują ścisły związek pomiędzy ekspozycją psychiczną na stres a zwiększonym ryzykiem rozwoju nowotworu w przyszłości, co w przypadku młodych dorosłych nabiera istotnego znaczenia. Zauważa się tutaj mechanizm błędnego koła, gdyż samo zachorowanie na nowotwór indukuje wysoki poziom stresu. Jedną z determinant łagodzących poziom stresu jest wsparcie otrzymywane od otoczenia. Baker-Glenn i wsp. [33] zwracają uwagę, że osoby z wyższym poczuciem niepokoju i stresu mają większe zapotrzebowanie na pomoc, co należy uwzględnić przy planowaniu holistycznej opieki nad pacjentem z chorobą nowotworową.

Przedstawione wyniki należy uznać za doniesienia wstępne ze względu na liczebność grupy i niewykluczony wpływ innych zmiennych na uzyskane rezultaty, pomimo deklarowania przez respondentów obiektywnej oceny wsparcia otrzymywanego od zespołu pielęgniarskiego.

Wnioski

1. Wsparcie udzielane przez zespół pielęgniarski można uznać za jeden z istotnych czynników determinujących wybór strategii radzenia sobie pacjentów z chorobą nowotworową.
2. Podnoszenie wśród zespołu pielęgniarskiego świadomości znaczenia umiejętnego udzielania wsparcia może mieć kluczowe znaczenie w procesie diagnostyczno-terapeutycznym pacjentów z chorobą nowotworową.
3. Udzielane wsparcie może być pomocne w kształtowaniu u pacjentów przekonania o możliwościach walki z chorobą nowotworową, a także może zwiększać zaufanie chorych do członków zespołu terapeutycznego.

Oświadczenie

Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Juczyński Z. Radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową. W: de Walden-Gatuszko K (red.). *Psychoonkologia*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000; 23-44.
2. Kulpa M, Stypuła-Ciuba B. Ból nowotworowy i uciążliwość objawów somatycznych a jakość życia u pacjentów z chorobami nowotworowymi. *Med Paliat* 2013; 5: 171-179.
3. Machnik-Czerwik A. Funkcjonowanie na płaszczyźnie psychofizycznej a jakość życia chorych onkologicznie. *Współcz Onkol* 2010; 2: 55-59.
4. De Walden-Gatuszko K. Nowe aspekty pojęcia jakości życia w psychologii w świetle założeń psychologii pozytywnej. *Psychoonkologia* 2011; 2: 65-69.
5. Kulpa M, Owczarek K, Stypuła-Ciuba B. Przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej a jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia u chorych onkologicznie. *Med Paliat* 2013; 5: 106-113.
6. Jasińska M, Tracz M, Kurczewska U, Orszulak-Michalak D. Assessment of change of quality of life in hospitalized terminally ill cancer patients. *Współcz Onkol* 2010; 14: 333-339.
7. Kozaka J. Jakość życia chorych na raka jajnika. *Psychoonkologia* 2014; 2: 66-72.
8. Kozaka J. Radzenie sobie ze stresem choroby – współczesne koncepcje teoretyczne. *Psychoonkologia* 2010; 2: 60-69.
9. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. Springer-Verlag, New York 1984; 141.
10. Piskozub M. Noetyczno-duchowy wymiar osobowości w procesie radzenia sobie ze stresem onkologicznym. *Psychoonkologia* 2010; 1: 1-13.
11. Kurowska K, Jaworska M. Poczucie koherencji (SOC) a wsparcie społeczne u osób z rozpoznaniem raka jajnika i jądra. *Probl Piel* 2011; 19: 329-334.
12. Kurowska K, Plecunowska Z. Poczucie koherencji a wsparcie społeczne otrzymywane przez rodziny pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej. *Współcz Onkol* 2008; 12: 388-394.
13. Guzowski A, Krajewska-Kułak E, Kułak W, Sarnacka E, Cybulski M. Współczesne postawy wobec śmierci i umierania. *Med Paliat* 2013; 5: 163-170.
14. Słowińska J, Ossowski R. Rola pielęgniarki w opiece psychoonkologicznej. W: Nowicki A (red.). *Pielęgniarstwo onkologiczne*. Termedia, Poznań 2009; 21-37.
15. Zienuk A. Oczekiwania pacjenta onkologicznego wobec personelu medycznego. *Psychoonkologia* 2009; 1-2: 17-27.
16. Goldfarb-Rumyanzer A, Barenbaum A, Rodrigue J, Rout RP, Isaacs R, Mukamal K. New social adaptability index predicts overall mortality. *Arch Med Sci* 2011; 7: 720-724.
17. Hagner W, Warszewska W. Rola i zadania pielęgniarki w rehabilitacji chorych onkologicznie. W: Nowicki A (red.). *Pielęgniarstwo onkologiczne*. Termedia, Poznań 2009; 225-232.
18. Stępień R, Wiraszka G, Zdziebło K, Majzner M. Pain as determinant of the emotional state of women after radical cancer surgery and chemotherapy. *Stud Med* 2014; 30: 241-246.
19. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. *Pracownia Testów Psychologicznych PTP*, Warszawa 2001; 173-183.
20. Compas B, Jaser S, Dunn M, Rodriguez E. Coping with chronic illness in childhood and adolescence. *Annu Rev Clin Psychol* 2012; 8: 455-480.
21. Michałowska-Wieczorek I. Rola wsparcia w zmaganiu się z chorobą nowotworową. *Psychoonkologia* 2006; 10: 51-56.
22. Havva B, Sari A, Tel Aydin H. Social support and depression among the cancer patients. *Global J Inc* 2013; 13: 3 ver. 1.0.
23. Bemana S. Depression and coping skills between patients living with cancer. *World Appl Sci J* 2011; 15: 114-119.

24. Mushtaq R, Shiob S, Shan T, Mushtaq S. Relationship between loneliness, psychiatric disorders and physical health? A review on the psychological aspects of loneliness. *J Clin Diagn Res* 2014; 8: WE01-WE04.
25. Skeels M, Unruh K, Powell C, Pratt W. Catalyzing Social Support for Breast Cancer Patients. *CHI Conf Proc* 2010: 173-182.
26. Legg M. What is psychosocial care and how can nurses better provide it to adult oncology patients. *Aust J Adv Nurs* 2010; 28: 61-67.
27. Roux G, Solari-Twadell A, Ackers S. Community interventions for survivors and their families: a literature synthesis. *Clin J Oncol Nurs* 2015; 19: 63-69.
28. Valente M, Ribeiro J, Jensen M. Coping, depression, anxiety, self-efficacy and social support: impact on adjustment to chronic pain. *Escritos Psicol* 2009; 2: 8-17.
29. Richardson A, Morton R, Broadbent E. Psychological support needs of patient with head and neck cancer and their caregivers: a qualitative study. *Psychol Health* 2015; 26: 1-18.
30. Yu Y, Sherman K. Communication avoidance coping and psychological distress of women with breast cancer. *J Behav Med* 2015; 38: 565-577.
31. Antonova L, Aronson K, Mueller C. Stress and breast cancer: from epidemiology to molecular biology. *Breast Cancer Res* 2011; 13: 1-15.
32. Santos M, Horta B, Amaral J, Fernandes P, Galvão C, Fernandes A. Association between stress and breast cancer in women: a meta-analysis. *Cad Saúde Pública* 2009; 25: S453-S463.
33. Baker-Glenn E, Park B, Granger L, Symonds P, Mitchell A. Desire for psychological support in cancer patients with depression or distress: validation of a simple help question. *Psychooncology* 2011; 20: 525-531.