

# Korelaty przystosowania psychicznego do choroby jako wyznacznika jakości życia u pacjentów z nowotworami płuc

*Correlates of mental adaptation to disease as an indicator of the quality of life in patients with lung cancer*

Agnieszka Marzena Krawczyk

Katedra Psychopatologii i Psychoprofilaktyki, Instytut Psychologii, Akademia Ignatianum w Krakowie

*Psychoonkologia* 2016; 20 (2): 66–74

DOI: 10.5114/pson.2016.62055

**Adres do korespondencji:**

dr Agnieszka Marzena Krawczyk  
Katedra Psychopatologii  
i Psychoprofilaktyki  
Instytut Psychologii  
Akademia Ignatianum w Krakowie  
ul. Kopernika 26  
31-501 Kraków  
e-mail: agazk7@gmail.com

**Streszczenie**

Duży wpływ na ocenę jakości życia pacjentów z rakiem płuc ma zdolność szybkiego przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej i radzenie sobie z objawami ubocznymi chemioterapii. Przystosowanie psychiczne do choroby jest uzależnione od wielu czynników, m.in. stylu radzenia sobie ze stresem oraz poziomu odczuwanego zmęczenia.

Celem badań było ustalenie związku między stylem radzenia sobie ze stresem i odczuwanym zmęczeniem a przystosowaniem psychicznym do choroby nowotworowej. Badania przeprowadzono wśród 36 pacjentów z rozpoznaniem drobnonokomórkowego raka płuca poddanych chemioterapii na oddziale onkologii. Przeprowadzone badania wykazały, że istnieje związek między destrukcyjnymi strategiami radzenia sobie z chorobą nowotworową płuc a odczuwanym zmęczeniem oraz stylem emocjonalnym i unikowym występującym w postaci angażowania się w czynności zastępcze. Korzystanie ze stylu zadaniowego zmniejsza u pacjentów poczucie bezradności.

**Abstract**

The mental ability of quick adaptation to lung cancer and dealing with the side-effects of chemotherapy have high impact on the assessment of the quality of patient's life. Mental adaptation of disease depends on many factors, including the style of coping with stress and the level of perceived fatigue.

The aim of the study is to determine the relationship between the style of coping with stress and feeling fatigue and mental adaptation to cancer. The study included 36 patients of hospital oncology department diagnosed with parvicellular lung cancer and treated with chemotherapy there.

The study showed that there is a relationship between destructive strategies of coping with lung cancer and feeling fatigue and emotional and avoidance styles where the last one manifests in the form of engagement in substitute activities. Use of the target-focused style reduces a sense of helplessness patients feel.

**Słowa kluczowe:** przystosowanie psychiczne do choroby, zmęczenie, nowotwór płuc.

**Key words:** mental adaptation to disease, fatigue, lung cancer.

## Wstęp

Diagnoza nowotworu płuc jest bardzo obciążająca psychicznie. Przebieg choroby jest szybki i wielobjawowy, przy czym niektóre objawy są wyjątkowo stresujące – duszność, kaszel, krwiotłucie, ból w klatce piersiowej. W przypadku przerzutów odległych, często w innych lokalizacjach, stwierdza się wyniszczenie i zaburzenia psychiczne. Dodatkowo późno ustalone rozpoznanie, często w stadium rozsiewu choroby, agresywny przebieg, zwłaszcza raka drobnokomórkowego płuca, i niezadowolające wyniki leczenia stanowią przyczynę niekorzystnego rokowania i faktu, że czas przeżycia w tej grupie chorych jest krótki [1]. Najczęściej wykorzystywaną metodą leczenia jest chemioterapia wielolekowa, która niesie ze sobą ryzyko powikłań. U chorych aktywnie leczonych jednym z najczęstszych objawów jest zmęczenie, które dotyczy ok. 75–96% osób poddawanych chemioterapii [2]. Pacjenci w różny sposób reagują na leczenie i jego skutki uboczne. Znaczący wpływ na jakość ich życia ma zdolność szybkiego przystosowania psychicznego do choroby.

Przystosowanie do choroby nowotworowej jest rozumiane jako radzenie sobie z chorobą i jej bezpośrednimi konsekwencjami – bólem i złym samopoczuciem. W dłuższej perspektywie to również konieczność poradzenia sobie z bardziej ogólnymi zmianami w jakości życia [3]. Według Watson i wsp. przystosowanie psychiczne jest konstruktem wynikającym z połączenia oceny stopnia zagrożenia spowodowanego chorobą ze sposobami radzenia sobie [4]. Przystosowanie psychiczne do choroby wyraża się zarówno w procesach poznawczych, jak i zachowaniach i stanowi integralną część jakości życia jednostki.

Przystosowanie psychiczne do choroby zależy od wielu czynników, m.in. rodzaju schorzenia, wieku, płci, wykształcenia, poziomu inteligencji, osobowości, stylu radzenia sobie w sytuacjach trudnych oraz poziomu odczuwanego zmęczenia [5, 6].

Kubacka-Jasiecka wyraża przekonanie, że pozytywna adaptacja do choroby pociąga za sobą konieczność zaakceptowania siebie w nowej i niewątpliwie trudnej sytuacji, która w istotny sposób wpływa na styl życia. Wymaga to przebudowy znacznej części osobowości. Zmiany dotyczą najczęściej dotychczasowego systemu potrzeb i celów życiowych oraz struktur poznawczych. Ważne jest nowe spojrzenie na świat przez pryzmat własnej choroby, a przede wszystkim konieczność samokontroli i samookreślenia się w zmienionym przez chorobę życiu. Uzyskanie odpowiedzi na pytania: co się we mnie zmieniło, kim jestem teraz, co stanowi cel i sens mojego życia, to podstawowy warunek przystosowania się do nowej sytuacji życiowej [7].

Proces przystosowania się do zmienionej przez chorobę sytuacji społecznej pociąga za sobą konieczność przeanalizowania cenionych w życiu wartości, zmiany lub rezygnacji z niektórych planów życiowych oraz czasowego lub stałego przerwania dotychczasowej działalności zawodowej [8]. Ogólne cele adaptacyjne obejmują: utrzymanie równowagi emocjonalnej, zachowanie zadowolającego obrazu siebie, dobre relacje z rodziną i przyjaciółmi oraz przygotowanie się na niepewną przyszłość. Powyższe cele adaptacyjne są realizowane za pomocą kilku form radzenia sobie, takich jak: poszukiwanie informacji związanych z chorobą, zapewnienie sobie wsparcia emocjonalnego, uczenie się specyficznych praktyk związanych z leczeniem, wytyczanie konkretnych celów do zrealizowania w najbliższej przyszłości oraz poszukiwanie znaczenia i celu swoich przeżyć [9].

Według Taylor proces adaptacji do choroby składa się z trzech etapów. Na początku pacjent poszukuje informacji na temat swojej choroby, pyta o jej źródła i wpływ na funkcjonowanie, co sprawia, że odzyskuje złudzenie poczucia kontroli nad życiem. Pierwsza faza dotycząca sytuacji polega na poszukiwaniu jej znaczenia poprzez atrybucję przyczyn oraz przewartościowanie dotychczasowego życia. Drugi etap polega na próbach odzyskiwania kontroli i możliwości wpływania na przebieg choroby poprzez współpracę z lekarzem. Ostatnia faza dotycząca własnej osoby obejmuje wysiłki zmierzające do odzyskania poczucia własnej wartości, także poprzez porównania w dół z osobami będącymi w gorszej sytuacji lub radzącymi sobie gorzej [10].

Watson i wsp. wyróżnili dwie formy przystosowania się do choroby, traktowane jako strategie radzenia sobie: konstruktywne (związane z zachowaniami adaptacyjnymi, podejmowaniem różnych działań w celu poradzenia sobie z sytuacją) i destrukcyjne (obejmujące zachowania nieadaptacyjne – bierne poddanie się chorobie).

Do konstruktywnych strategii radzenia sobie z chorobą zaliczane są:

- postawa ducha walki, skłaniająca chorego do traktowania choroby jako osobistego wyzwania i podejmowania działań zwalczających chorobę – „nie pozwolę, aby mnie to pokonało, będę z tym walczyć”,
- pozytywne przewartościowanie – wyrażające takie przeorganizowanie problemu, jakim jest choroba, aby znaleźć nadzieję i zadowolenie z już przeżytych lat przy zachowaniu pełnej świadomości jej powagi.

Z kolei do destrukcyjnych strategii radzenia sobie z chorobą można zaliczyć:

- zaabsorbowanie lękowe, przejawiające się niepokojem spowodowanym chorobą, nad którym

nie można zapanować, i interpretowaniem każdej zmiany jako sygnału pogorszenia się stanu zdrowia,

- bezradność i beznadziejność, świadcząca o poczuciu bezsilności, zagubienia i biernym poddaniu się chorobie – „zbliży się już koniec mojego życia i nic na to nie mogę poradzić” [3].

Można zaobserwować dwie skrajne postawy związane z przystosowaniem się do choroby. Pierwsza – aktywna – charakteryzuje się podjęciem walki, szukaniem technik rozwiązania problemu oraz aktywnym, w miarę możliwości, uczestnictwem w życiu społecznym. Drugą jest postawa pasywna, związana z rezygnacją, wypieraniem, tłumieniem emocji, obwinianiem się. Wybór postaw warunkuje jakość życia pacjenta, a także efekty leczenia [11].

Duże znaczenie w procesie przystosowania się do funkcjonowania z przewlekłą chorobą ma wypracowany przez jednostkę styl radzenia sobie ze stresem.

W obliczu choroby ludzie zachowują się w pewien indywidualny sposób nazywany stylem radzenia sobie. Różnice indywidualne ujawniające się w sytuacji zachorowania wynikają z cech jednostki i ze znaczenia, jakie przypisuje ona zewnętrznym sytuacjom [12]. Indywidualny styl radzenia sobie ze stresem mieści się w grupie osobowych determinantów radzenia sobie, będąc czynnikiem o szczególnym znaczeniu. W odróżnieniu od innych czynników osobowych, które mają ogólny zakres oddziaływania, styl radzenia sobie odnoszony jest bezpośrednio do zachowania w sytuacji stresowej [10]. Pojęcie stylu radzenia sobie ujmuje indywidualne zróżnicowanie dyspozycji determinujących zachowanie [13]. Wpływ indywidualnego stylu radzenia sobie wyraża się we względnej stałości przebiegu procesu radzenia sobie u tej samej osoby, a wpływ czynników sytuacyjnych – w zmienności tego procesu.

Lazarus i Folkman podkreślają, że styl rozumiany jako ogólny wzorzec radzenia sobie wykazuje cechy względnej stałości i wewnętrznej zgodności u konkretnej osoby [14]. Stres związany z chorobą nowotworową rozpoczyna długi proces radzenia sobie, ale zaobserwowano, że pacjent uruchamia w nim style utrwalone w okresie przed chorobą [15]. Według Heszen styl radzenia sobie to posiadany przez jednostkę, charakterystyczny dla niej, repertuar strategii radzenia sobie z sytuacjami stresowymi [10]. Ludzie nawykowo stosują te same, stałe wzorce radzenia sobie z sytuacjami stresowymi o podobnych właściwościach. Pojęcie stylu nie zakłada jednak bezwzględnej stałości, a tym bardziej sztywności procesu radzenia sobie. Elastyczność zachowania, jego dostosowanie do wymagań sytuacji jest warunkiem skutecznego radzenia sobie.

Pojęcie stylu radzenia sobie odnoszone jest do względnie stałych różnic indywidualnych wyznaczających przebieg radzenia sobie, ma więc status zmiennej osobowościowej [16].

Jedną z najczęściej weryfikowanych empirycznie koncepcji stylów radzenia sobie jest klasyfikacja opracowana przez Endlera i Parkera, która wywodzi się z poznawczej teorii stresu Lazarusa i Folkmana. Autorzy wyróżniają trzy style:

- styl skoncentrowany na zadaniu, polegający na podejmowaniu działania mającego na celu rozwiązanie lub zmianę zaistniałej sytuacji stresowej przez wykorzystanie procesów poznawczych,
- styl skoncentrowany na emocjach i własnych przeżyciach, który jest charakterystyczny dla osób preferujących myślenie życzeniowe kosztem racjonalnego działania; niepodejmowanie realnych działań w celu rozwiązania trudnej sytuacji często daje efekt odmienny od zamierzonego, powodując dalszy wzrost napięcia psychicznego i negatywne emocje;
- styl skoncentrowany na unikaniu – polega na odrzucaniu od siebie myśli o problemie, niedopuszczaniu do jego przeżywania, niepodejmowaniu żadnych działań mogących przynieść jego rozwiązanie, ucieczce od problemu oraz pragnieniu, żeby problem rozwiązał się sam [17]. Można wyróżnić unikanie zorientowane na zadanie i unikanie zorientowane osobowo. Pierwsze polega na zaangażowaniu się w aktywność zastępczą, natomiast drugie – na poszukiwaniu kontaktu z innymi ludźmi. Taki sposób radzenia sobie jest często spotykany wśród osób z problemami zdrowotnymi i ma służyć odwracaniu uwagi od objawów choroby, niemyśleniu o zagrożeniach z nią związanych oraz uzyskiwaniu wsparcia społecznego [10].

Reasumując – styl odnosi się do indywidualnej dyspozycji, która determinuje rodzaj zachowania się człowieka w stresie i decyduje o istnieniu różnic między ludźmi. Dyspozycyjne traktowanie stylu pozwala na elastyczność, która warunkuje zmianę stosowanych strategii w zależności od wymagań sytuacji. Wielu psychologów wyraża przekonanie, że o efektywności strategii radzenia sobie decyduje przede wszystkim ich elastyczność, a zatem nie tyle określony rodzaj techniki, ile różnorodne zachowania zaradcze i możliwość ich dopasowywania do zmieniającego się kontekstu sytuacyjnego [7].

O efektywności radzenia sobie decyduje jakość dopasowania wykorzystywanych strategii do kontekstu sytuacyjnego i osobowego. W związku z tym efektywność stylów i strategii radzenia sobie może być różna w różnych okresach przebiegu relacji stresowej, a wraz ze zmianą sytuacji powinny ulegać zmianie również uruchamiane mechanizmy

zaradcze. Istotną cechą efektywnego radzenia sobie jest więc zróżnicowanie posiadanego repertuaru sposobów radzenia sobie i elastyczność w ich stosowaniu. Liczne badania wskazują, że w sytuacji choroby różne sposoby radzenia sobie ze stresem mogą być skuteczne na poszczególnych etapach choroby.

Rozpoznanie i leczenie choroby nowotworowej wiąże się z wystąpieniem wielu negatywnych objawów: zmęczenia, lęku, bólu, które nadmiernie nasilone mogą mieć niekorzystny wpływ na przebieg terapii, osłabiać wolę walki i utrudniać procesy adaptacyjne [18]. W niektórych badaniach akcentuje się rolę czynników poznawczych i behawioralnych mogących uczestniczyć w pogłębianiu i podtrzymywaniu zmęczenia. Negatywne oczekiwania i katastroficzna wizja swojego położenia zmniejszają zdolność radzenia sobie i mogą się przyczyniać do nasilenia odczuwanego zmęczenia u pacjentów onkologicznych. Takie objawy, jak ból, zmęczenie, bezsenność, mogą wzajemnie oddziaływać na siebie, co prowadzi do zwiększenia ich natężenia i odczuwania przez chorych [19]. Przeprowadzone badania wśród pacjentów onkologicznych na różnym etapie leczenia pozwalają wnioskować, że przewlekłe zmęczenie utrudnia proces przystosowania się do choroby nowotworowej i zwiększa prawdopodobieństwo podejmowania destrukcyjnych strategii radzenia sobie zarówno u pacjentów leczonych przyczynowo, jak i objawowo [6].

Zmęczenie i inne dokuczliwe objawy powodują obniżenie jakości życia, utrudnione funkcjonowanie w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym, prowadząc niejednokrotnie do rezygnacji i zaprzestania dalszego leczenia na skutek poczucia bezradności, samotności, dysfunkcji poznawczych i rozluźnienia więzi w kontaktach międzyludzkich [20].

Reddy i wsp. uważają, że istnieje potrzeba zastosowania wielu różnych strategii obiektywnych i subiektywnych w celu dokładnej oceny znaczących zmian w dynamice odczuwanego zmęczenia [21]. Można porównać, w jakim stopniu obiektywny pomiar różni się od subiektywnego. Badania wskazują na istnienie rozbieżności w postrzeganiu zmęczenia przez lekarzy onkologów i ich pacjentów [22, 23]. Według chorych zmęczenie jest najbardziej dokuczliwym objawem pogarszającym jakość ich życia, natomiast 61% badanych onkologów uważało, że to ból najbardziej negatywnie wpływa na codzienne życie pacjentów. Zrozumienie perspektywy chorego dotyczące odczuwanego zmęczenia może pomóc w monitorowaniu efektów działania leków i procesu leczenia, w którym chory aktywnie uczestniczy. Uwzględnienie podmiotowości pacjenta zachęca go do współdziałania w procesie leczenia.

## Cel badań

Celem badań było ustalenie związku między stylem radzenia sobie ze stresem i odczuwanym zmęczeniem a przystosowaniem psychicznym do choroby nowotworowej u pacjentów z rozpoznaniem raka drobnokomórkowego płuca poddanych chemioterapii.

## Material i metody

W badaniach zastosowano następujące narzędzia:

- Skalę Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej – Mini-MAC – M. Watson i wsp.,
- Kwestionariusz Skumulowanego Zmęczenia – CFSQ – R. Kosugo,
- Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych – CISS – N. Endler i J. Parker.

Polska wersja skali Mini-MAC zawiera 29 stwierdzeń i mierzy formy przystosowania się do choroby nowotworowej traktowane przez Watson i wsp. jako strategie radzenia sobie [3].

Kwestionariusz Skumulowanego Zmęczenia (CFSQ) zawiera 59 twierdzeń i służy do oceny subiektywnego poczucia przewlekłego zmęczenia, na które składają się następujące wymiary:

- zmęczenie ogólne (CFSQ-ZO), przejawiające się sennością, złym samopoczuciem, wyczerpaniem aktywnością dzienną i potrzebą częstych odpoczynków,
- osłabiona witalność (CFSQ-OW), przejawiająca się brakiem siły i energii, nastrojem subdepresyjnym i unikaniem wysiłku,
- przeciążenie psychiczne (CFSQ-PP), przejawiające się skłonnością do irytacji, napięcia nerwowego, trudnościami w kontroli emocji i nadwrażliwością na bodźce,
- symptomy fizjologiczne (CFSQ-SF), takie jak: osłabienie apetytu, zaburzenia trawienia, zawroty głowy, bóle stawowe i mięśniowe,
- niepokój o swoje możliwości (CFSQ-NM), przejawiający się tendencją do zamartwiania, lękiem, poczuciem mniejszej wartości i trudnościami w koncentracji,
- zniechęcenie (CFSQ-ZN), przejawiające się niechęcią do kontynuowania wysiłku i negatywnym nastawieniem [24].

Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) składa się z 48 prostych stwierdzeń i służy do badania stylów radzenia sobie ze stresem, takich jak:

- styl skoncentrowany na zadaniu (CISS-SSZ),
- styl skoncentrowany na emocjach (CISS-SSE),
- styl skoncentrowany na unikaniu (CISS-SSU), który może przyjmować dwie formy: angażowa-

nie się w czynności zastępcze (CISS-ACZ) i poszukiwanie kontaktów towarzyskich (CISS-PKT) [25].

Badania przeprowadzono w grupie 36 pacjentów (20 kobiet – 56%, i 16 mężczyzn – 44%) z rozpoznaniem raka drobnokomórkowego płuca poddanych chemioterapii na oddziale onkologicznym (wiek  $M = 62,92$ ,  $SD = 9,93$ ). Badani mieli najczęściej wykształcenie średnie ( $n = 16$ ; 44%) i zawodowe ( $n = 10$ ; 28%), rzadziej wykształcenie wyższe ( $n = 6$ ; 17%) i podstawowe ( $n = 4$ ; 11%). Badania zrealizowano w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II – 31 osób (86%), oraz w Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach – 5 osób (14%).

## Wyniki

Wyniki uzyskane za pomocą Skali Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej – Mini-MAC – pozwoliły ocenić strategie radzenia sobie z chorobą u pacjentów z nowotworami płuc leczonych przyczynowo. W celu uzyskania informacji dotyczących stylów radzenia sobie ze stresem wykorzystano Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS). Wyniki przedstawiono w tabeli 1.

Analizując przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej, można wnioskować, że pa-

cjenci z rozpoznaniem raka drobnokomórkowego płuca stosują częściej konstruktywne strategie radzenia sobie z chorobą, przede wszystkim strategię ducha walki oraz pozytywne przewartościowanie. W sytuacjach stresowych można u nich zaobserwować korzystanie ze stylu zadaniowego, a w mniejszym stopniu z unikowego i emocjonalnego.

Korelacje między stylami radzenia sobie ze stresem (CISS) a przystosowaniem psychicznym do choroby nowotworowej (Mini-MAC) u pacjentów leczonych przyczynowo przedstawia tabela 2.

Destrukcyjne strategie zmagania się z chorobą nowotworową płuc, reprezentowane przez strategie bezradności–beznadziejności oraz zaabsorbowania lękowego, korelują dodatnio zarówno ze stylem emocjonalnym, jak i unikowym polegającym na angażowaniu się w aktywność zastępczą. Styl skoncentrowany na unikaniu zorientowanym na zadanie oraz emocjonalny nasilają destrukcyjne, bierne zmaganie się z chorobą nowotworową płuc. Pacjenci, którzy stosują styl zadaniowy, doświadczają mniejszej bezradności.

W celu ustalenia związku między przystosowaniem psychicznym do choroby nowotworowej (Mini-MAC) a odczuwanym zmęczeniem (CFSQ) obliczono współczynniki korelacji  $r$ -Pearsona. Wyniki przedstawiono w tabeli 3.

**Tabela 1.** Statystyki opisowe dotyczące przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej oraz stylów radzenia sobie ze stresem u pacjentów z nowotworami płuc

*Table 1. Descriptive statistics on mental adaptation to cancer and styles of coping with stress in patients with lung cancer*

Skale Mini-MAC i CISS	<i>n</i>	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe
Mini-MAC lęk	36	8	23	15,94	3,72
Mini-MAC bezradność	36	7	20	12,39	3,32
Mini-MAC walka	36	16	28	23,00	3,27
Mini-MAC przewartościowanie	36	18	26	21,69	2,39
Mini-MAC konstruktywne	36	5,0	9,0	6,69	1,21
Mini-MAC destrukcyjne	36	1,0	6,0	3,56	1,59
CISS-SSZ	36	35	72	55,36	9,04
CISS-SSE	36	21	65	40,03	10,36
CISS-SSU	36	28	59	43,14	8,36
CISS-ACZ	36	9	29	17,67	5,50
CISS-PKT	36	8	24	16,92	3,63

Skale Mini-MAC: Mini-MAC lęk – zaabsorbowanie lękowe, Mini-MAC bezradność – bezradność–beznadziejność, Mini-MAC walka – duch walki, Mini-MAC przewartościowanie – pozytywne przewartościowanie, Mini-MAC konstruktywne – strategie konstruktywne, Mini-MAC destrukcyjne – strategie destrukcyjne

Skale CISS: CISS-SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu, CISS-SSE – styl skoncentrowany na emocjach, CISS-SSU – styl skoncentrowany na unikaniu, CISS-ACZ – angażowanie się w czynności zastępcze, CISS-PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich

**Tabela 2.** Korelacje między przystosowaniem psychicznym do choroby nowotworowej a stylami radzenia sobie ze stresem u pacjentów z nowotworami płuc**Table 2.** Correlations between psychological adaptation to cancer and the styles of coping with stress in patients with lung cancer

Korelacje	CISS-SSZ	CISS-SSE	CISS-SSU	CISS-ACZ	CISS-PKT
Mini-MAC lęk	-0,15	<b>0,56**</b>	0,26	<b>0,37*</b>	-0,07
Mini-MAC bezradność	<b>-0,43**</b>	<b>0,55**</b>	0,23	<b>0,35*</b>	-0,01
Mini-MAC walka	0,16	-0,22	-0,15	-0,14	-0,21
Mini-MAC przewartościowanie	0,31	-0,09	0,16	0,10	0,13
Mini-MAC konstruktywne	0,26	-0,19	-0,02	-0,05	-0,08
Mini-MAC destrukcyjne	-0,31	<b>0,61**</b>	0,27	<b>0,40*</b>	-0,04

\*\* $p < 0,01$ ; \* $p < 0,05$ **Tabela 3.** Korelacje między przystosowaniem psychicznym do choroby nowotworowej a zmęczeniem u pacjentów z nowotworami płuc**Table 3.** Correlations between psychological adaptation to cancer and fatigue in patients with lung cancer

Korelacje	CFSQ-CHZ	CFSQ-ZO	CFSQ-OW	CFSQ-PP	CFSQ-SF	CFSQ-NM	CFSQ-ZN
Mini-MAC lęk	<b>0,45**</b>	0,25	<b>0,54**</b>	<b>0,48**</b>	0,11	<b>0,50**</b>	<b>0,42*</b>
Mini-MAC bezradność	<b>0,59***</b>	<b>0,35*</b>	<b>0,68**</b>	<b>0,59**</b>	0,29	<b>0,47**</b>	<b>0,55**</b>
Mini-MAC walka	-0,13	0,08	-0,17	-0,21	0,15	-0,30	-0,13
Mini-MAC przewartościowanie	-0,29	-0,21	<b>-0,43**</b>	-0,22	-0,24	<b>-0,37**</b>	-0,29
Mini-MAC konstruktywne	-0,23	-0,11	<b>-0,34**</b>	-0,25	-0,06	<b>-0,38**</b>	-0,23
Mini-MAC destrukcyjne	<b>0,53**</b>	<b>0,33*</b>	<b>0,67**</b>	<b>0,59**</b>	0,20	<b>0,53**</b>	<b>0,52**</b>

\*\* $p < 0,01$ ; \* $p < 0,05$ 

U osób leczonych przyczynowo na oddziale onkologicznym przewlekłe zmęczenie i jego wymiary, takie jak: osłabiona witalność, przeciążenie psychiczne, niepokój o swoje możliwości oraz zniechęcenie, korelują dodatnio ze strategiami destrukcyjnymi, przejawiającymi się bezradnością i lękowym zaabsorbowaniem. Dodatkowo osłabiona witalność i niepokój o swoje możliwości koreluje ujemnie ze strategiami konstruktywnymi, głównie z pozytywnym przewartościowaniem.

Obserwuje się również występowanie dodatniej zależności między zmęczeniem ogólnym a strategiami destrukcyjnymi, takimi jak postawa bezradności-bezradziejności.

Nie stwierdzono istotnego związku między objawami fizjologicznymi zmęczenia a strategiami radzenia sobie z chorobą w grupie badanych pacjentów z nowotworami płuc leczonych przyczynowo.

## Dyskusja

W odniesieniu do celu badań przeprowadzone analizy wykazały, że pacjenci z rozpoznaniem raka drobnokomórkowego płuca w trakcie chemioterapii stosują częściej konstruktywne strategie radzenia sobie z chorobą niż destrukcyjne, przede wszystkim strategię ducha walki oraz pozytywne przewartościowanie. W sytuacjach stresowych można u badanych chorych zaobserwować korzy-

stanie ze stylu zadaniowego, a w mniejszym stopniu unikowego i emocjonalnego.

Analizując związek między przystosowaniem psychicznym do choroby nowotworowej a stylem radzenia sobie ze stresem, stwierdzono, że styl emocjonalny oraz unikowy polegający na angażowaniu się w aktywność zastępczą koreluje dodatnio z destrukcyjnymi strategiami zmagania się z chorobą nowotworową płuc, reprezentowanymi przez strategię bezradność-bezradziejność oraz zaabsorbowanie lękowe. Chorzy, którzy stosują styl zadaniowy, doświadczają mniejszej bezradności. Z kolei stosowanie stylu emocjonalnego oraz unikowego zorientowanego na zadanie nasila destrukcyjne, bierne zmaganie się z chorobą nowotworową płuc.

Badani pacjenci znajdują się we wczesnej fazie choroby, w której może dominować nadzieja na powrót do zdrowia, połączona z nastawieniem zadaniowym wobec choroby i życia. Stosowany przez badanych styl zadaniowy zmniejsza poczucie bezradziejności i bezradności.

Korzystanie ze strategii unikowych może być skuteczne dopiero w zaawansowanej fazie choroby. Brak efektów leczenia przyczynowego i progresja choroby nowotworowej wyzwala silne emocje, które pacjenci próbują opanować w inny niż dotychczas sposób [26]. Na tym etapie choroby konfrontacja ze stresem, zarówno w formie poznawczej, jak i behawioralnej, może zwiększać

obciążenie emocjonalne. Szczególnie niekorzystne są strategie polegające na „przeżywaniu” doświadczeń chorobowych, analizowaniu choroby i przewadze strategii nastawionych na emocje [27]. Dłuższy czas przeżycia w dobrym stanie ogólnym, bez przerzutów, z zadowoleniem i dobrą jakością życia stwierdza się u tych pacjentów, którzy na pewnym etapie bagatelizują chorobę, aktywnie się jej przeciwstawiają, stosują strategie redefinicji sensu i zastępczych form zaspokajania potrzeb oraz sposoby socjobilne. Dowiedziono także, że aktywne formy radzenia sobie z chorobą korelują z mniejszą liczbą objawów ubocznych wynikających z terapii onkologicznej [27].

Kolejnym celem badań było ustalenie związku między odczuwanym zmęczeniem a przystosowaniem psychicznym do choroby nowotworowej płuc. Analizy statystyczne wykazały, że strategie destrukcyjne przejawiające się beznadzieścią i lękowym zaabsorbowaniem korelują dodatnio z przewlekłym zmęczeniem i jego wymiarami, takimi jak: osłabiona witalność, przeciążenie psychiczne, niepokój o swoje możliwości oraz zniechęcenie. Obserwuje się również występowanie dodatniej zależności między zmęczeniem ogólnym a strategiami destrukcyjnymi, przede wszystkim poczuciem beznadzieści i beznadziejności. Konstrukttywne strategie, głównie pozytywne przewartościowanie, korelują ujemnie z osłabioną witalnością i niepokojem o swoje możliwości.

Najwyższe współczynniki korelacji zaobserwowano w skali badającej osłabioną witalność jako przejaw chronicznego zmęczenia. Brak sił i energii oraz osłabienie są przyczyną unikania wysiłku i stosowania destrukcyjnych strategii przystosowawczych. Dodatkowo przeciążenie psychiczne, zniechęcenie oraz większy niepokój utrudniają procesy adaptacyjne. Wraz ze wzrostem witalności i niższym niepokojem o swoje możliwości pojawiają się konstruktywne strategie polegające na pozytywnym przewartościowaniu. Według de Walden-Gałuszko jest ono najbardziej skuteczną strategią, ale stosunkowo rzadko spotykaną [26]. Bąk-Sosnowska i wsp. twierdzą, że czynnikiem sprzyjającym akceptacji choroby i jej pozytywnemu przewartościowaniu jest wsparcie psychospołeczne [28]. Obserwacje Wyszomirskiej i wsp. wykazały, że wysoki poziom poszukiwania wsparcia oraz poczucie, że gdy będzie ono potrzebne, to realnie się pojawi, wpływa na częstsze korzystanie z konstruktywnych strategii przystosowania się do choroby nowotworowej [29].

W badaniach Rzepki i Nowickiego odnotowano podobne przejawy zmęczenia, jak u badanych osób z nowotworami płuc. Pacjenci onkologiczni określali je jako wyczerpanie, osłabienie, całkowity brak

energii, znużenie, niemożność koncentracji i skupienia uwagi, złe samopoczucie, niemoc, brak motywacji, bezsensowność lub przewlekłe uczucie senności, a także niezwykle, obezwładniające poczucie zmęczenia, nieproporcjonalnie wysokie w stosunku do wykonywanych czynności, czasem pojawiające się bez związku z jakąkolwiek aktywnością [20].

Rezultaty przeprowadzonych badań są zbieżne z wynikami otrzymanymi przez Dębską i wsp. Badając wpływ zmęczenia na jakość życia pacjentów z drobnokomórkowym nowotworem płuc, wykazano związek między wszystkimi skalami funkcjonalnymi jakości życia a występowaniem zmęczenia. Wraz ze wzrostem nasilenia zmęczenia obniża się jakość życia. Najwyższą zależność stwierdzono pomiędzy funkcjonowaniem fizycznym a zmęczeniem. Odczuwane zmęczenie wyjaśniało 33% zmiennej jakości życia w sferze fizycznej [30]. Dagnelie i wsp. również odnotowali ujemną zależność pomiędzy zmęczeniem a ogólną oceną jakości życia, gdzie zmęczenie wyjaśniało 50% zmian w jakości życia [31]. Zmęczenie wpływa negatywnie na utrzymanie relacji interpersonalnych, funkcjonowanie fizyczne, psychiczne i aktywność zawodową [32].

W doniesieniu Bussa wykazano, że ok. 50% chorych nie informuje nikogo o zmęczeniu, traktując objaw jako nieodłączną cechę choroby nowotworowej i obawiając się negatywnego postrzegania przez innych [33]. Obserwuje się również częste ignorowanie zmęczenia ze strony onkologów, którzy traktują ból jako najbardziej istotny objaw wpływający na codzienne funkcjonowanie pacjentów [22]. Niestety zmęczenie związane z chorobą nowotworową jest rzadko omawiane z chorymi w kontekście radzenia sobie z nim [22].

Przeprowadzone badania w grupie 36 pacjentów z drobnokomórkowym nowotworem płuc pozwalają wnioskować, że przewlekłe zmęczenie utrudnia proces przystosowania się do choroby i zwiększa prawdopodobieństwo podejmowania destrukcyjnych strategii radzenia sobie. Zmniejszenie nasilenia przewlekłego zmęczenia ułatwia stosowanie się do zaleceń lekarskich i angażowanie się w proces leczenia, co sprzyja przystosowaniu się do choroby. Wybór interwencji terapeutycznej zależy od fazy rozwoju choroby nowotworowej. U pacjentów w trakcie intensywnego leczenia onkologicznego ważne jest zmniejszenie niepożądanych objawów chemioterapii. Zalecana jest aktywizacja ruchowa, wsparcie psychospołeczne oraz edukacja pacjenta i rodziny dotycząca przyczyn i możliwości leczenia zmęczenia [34]. Zgodnie z zaleceniami *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) problem zmęczenia powinien być omawiany z każdym chorym na nowotwór, niezależnie

od jego stanu ogólnego i stopnia zaawansowania choroby. Portenoy zaproponował algorytm postępowania nefarmakologicznego oparty na regule „szczęści E”, który składa się z: edukacji (*education*), oszczędzania energii (*energy conservation*), ćwiczeń fizycznych (*exercise*), odnawiania energii (*energy restoration*), łagodzenia stresu (*easing stress*) oraz prawidłowego odżywiania (*eating well*) [35].

Identyfikacja pacjentów, u których występuje wysoki poziom odczuwanego zmęczenia, nieskuteczne strategie zmagania się z chorobą i niskie wsparcie społeczne, ma istotne znaczenie w podniesieniu jakości życia chorych. Konieczne jest leczenie prowadzone przez zespół wielodyscyplinarny, złożony z lekarzy, psychologów, pielęgniarek, fizjoterapeutów, dietetyków, a czasami psychiatrów [36]. Takie holistyczne podejście daje szansę na powodzenie postępowania leczniczego.

Przeprowadzone badania mają charakter pionierski, ale wiążą się również z pewnymi ograniczeniami wynikającymi z małej liczebności grupy.

## Wnioski

U pacjentów z rozpoznaniem raka drobno-komórkowego płuca leczonych cytostatykami styl emocjonalny oraz styl unikowy występujący w postaci angażowania się w czynności zastępcze uruchamiają destrukcyjne strategie radzenia sobie z chorobą. Z kolei styl zadaniowy zmniejsza poczucie beznadziejności i bezradności.

Istnieje dodatnia korelacja między destrukcyjnymi strategiami, objawiającymi się lękowym zaabsorbowaniem i bezradnością, a przewlekłym zmęczeniem i jego wymiarami, takimi jak: osłabiona witalność, przeciążenie psychiczne, niepokój o swoje możliwości oraz zniechęcenie.

Oslabiona witalność i niepokój o swoje możliwości korelują ujemnie z konstruktywnymi strategiami, głównie z pozytywnym przewartościowaniem.

Występowanie zmęczenia u pacjentów z nowotworami płuc nasila stosowanie destrukcyjnych strategii radzenia sobie z chorobą.

Konstruktywne strategie przystosowawcze pojawiają się u pacjentów z nowotworami płuc wraz ze wzrostem witalności i niższym poziomem niepokojem o swoje możliwości.

## Oświadczenie

Autorka nie zgłasza konfliktu interesów.

## Piśmiennictwo

- Potemski P. Rak płuca. W: Onkologia. Kordek R, Jassem J, Krzakowski M, Jeziorski A (red.). Via Medica, Gdańsk 2006.
- Jacobsen PB, Donovan KA, Vadaparampil ST, Small BJ. Systematic review and meta-analysis of psychological and activity-based interventions for cancer related fatigue. *Health Psychol* 2007; 26: 660-667.
- Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2001.
- De Walden-Gałuszko K. Psychoonkologia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000.
- Niedzielski A, Humeniuk E, Błaziak P, Fedoruk D. Stopień akceptacji choroby w wybranych chorobach przewlekłych. *Wiadomości Lekarskie* 2007; 60: 5-6.
- Krawczyk A. Zmęczenie i strategie zmagania się z chorobą nowotworową na różnych etapach leczenia. *Sztuka Leczenia* 2013; 1-2: 21-30.
- Dolińska-Zygmunt G. Behavioralne wyznaczniki zdrowia – zachowania zdrowotne. W: Podstawy psychologii zdrowia. Dolińska-Zygmunt G (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001.
- Heszen I, Sęk H. Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012.
- Łosiak W. Proces zmagania się ze stresem choroby przez pacjentów. W: Zmagając się z chorobą nowotworową. Psychologia współczesna wobec pacjentów onkologicznych. Kubacka-Jasiecka D, Łosiak W (red.). Wydawnictwo UJ, Kraków 1999.
- Heszen I. Psychologia stresu. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013.
- Malicka I, Szczepańska J, Anioł K, Rymaszewska J, Woźniwski M. Zaburzenia nastroju i strategie przystosowania do choroby u kobiet leczonych operacyjnie z powodu nowotworu piersi i narządów rodnych. *Współcz Onkol* 2009; 1: 41-46.
- Boryczko-Pater B. Osobowość a style radzenia sobie z chorobą nowotworową u pacjentów Oddziału Otolaryngologicznego. *Sztuka Leczenia* 2011; 3-4: 37-67.
- Endler NS, Parker JD. Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *J Pers Soc Psychol* 1990; 58: 844-854.
- Bidzan M. Jakość życia pacjentek z różnym stopniem nasilenia wysiłkowego nietrzymania moczu. *Impuls*, Kraków 2008.
- Chojnacka-Szawłowska G. Radzenie sobie z chorobą nowotworową jako sytuacją stresową. W: Psychologiczne aspekty przewlekłych chorób somatycznych. Chojnacka-Szawłowska G (red.). Vizja Press & IT, Warszawa 2012.
- Wrześniewski K. Style a strategie radzenia sobie ze stresem. Problemy pomiaru. W: Człowiek w sytuacji stresu. Heszen-Niejodek I, Ratajczak Z (red.). Wydawnictwo UŚ, Katowice 2000.
- Tomczak K. Style radzenia sobie w sytuacji stresowej, przekonanie o własnej skuteczności, nadzieja na sukces u studentów rozpoczynających i kończących studia. *Psychoterapia* 2009; 149: 67-79.
- Pyk M, Michno M, Nowak-Szymańska M. Zmęczenie, ból, lęk i depresja u chorych onkologicznych. *Studia Medyczne Akademii Świętokrzyskiej*, Kielce 2003.
- Hoffman AJ, Given BA, von Eye A, Gift AG, Given CW. Relationships among pain, fatigue, insomnia and gender in persons with lung cancer. *Oncol Nurs Forum* 2007; 34: 785-792.
- Rzepka K, Nowicki A. Zespół zmęczenia u chorych na raka piersi. *Współcz Onkol* 2010; 14: 321-325.
- Reddy S, Bruera E, Pace E i wsp. Clinically important improvement in the intensity of fatigue in patients with advanced cancer. *J Palliat Med* 2007; 10: 1068-1075.
- Vogelzang NJ, Breitbart W, Cella D i wsp. Patient caregiver and oncologist perceptions of cancer-related fatigue: results of tripart assessment survey. *Semin Hematol* 1997; 2: 4-12.
- Newell S, Sanson-Fisher RW, Girgis A i wsp. How well do medical oncologists perception reflect their patients reported physical and psychosocial problems? Data from a survey of five oncologists. *Cancer* 1998; 83: 1640-1651.



24. Krawczyk A. Osobowościowe uwarunkowania przewlekłego zmęczenia. Wydawnictwo WAM, Kraków 2012.
25. Strelau J, Jaworska A, Wrześniewski K, Szczepaniak P. Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2007.
26. De Walden-Gałuszko K. Psychoonkologia w praktyce klinicznej. PZWL, Warszawa 2011.
27. Sęk H. Wprowadzenie do psychologii klinicznej. Scholar, Warszawa 2005.
28. Bąk-Sosnowska M, Oleszko K, Skrzypulec-Plinta V. Adaptacja psychologiczna dojrzałych kobiet w pierwszych dobach po zabiegu mastektomii. *Prz Menopauzalny* 2013; 2: 120-124.
29. Wyszomirska J, Gajda M, Janas J, Gomulski M, Wydmański J. Ocena wpływu wsparcia społecznego na psychiczne przystosowanie do choroby nowotworowej pacjentów w trakcie leczenia paliatywnego lub radykalnego. *Psychoonkologia* 2014; 3: 89-96.
30. Dębska G, Milaniak I, Moskal J. Wpływ zmęczenia na jakość życia pacjentów z drobnokomórkowym nowotworem płuc w zależności od cyklu chemioterapii. *Psychoonkologia* 2015; 2: 49-55.
31. Dagnelie PC, Pijls-Johannesma MC, Lambin P, Beijer S, De Ruyscher D, Kempen GI. Impact of fatigue on overall quality of life in lung and breast cancer patients selected for high-dose radiotherapy. *Ann Oncol* 2007; 18: 940-944.
32. Curt GA, Breitbart W, Cella D i wsp. Impact of cancer-related fatigue on the lives of patients: new finding from the Fatigue Coalition. *Oncologist* 2000; 5: 353-360.
33. Buss T. Wybrane metody zwalczania zmęczenia w przebiegu choroby nowotworowej. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2008; 2: 148-154.
34. Berger AM, Abernethy AP, Atkinson A. NCCN Practice Guidelines in Oncology-Cancer-Related Fatigue. [www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/fatigue.pdf](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/fatigue.pdf).
35. Portenoy RK, Itri LM. Cancer-related fatigue: guidelines for evaluation and management. *Oncologist* 1999; 4: 1-10.
36. Grabińska K, Szewczyk-Cisek I, Hernik P, Mykała-Cieśla J, Kaziród D. Problemy i potrzeby psychosocjalne pacjentów poddanych chemioterapii onkologicznej. *Psychoonkologia* 2011; 2: 39-47.