

Wybrane zasoby psychologiczne pacjentek chorych na raka jajnika a stopień nasilenia skutków ubocznych chemioterapii

Selected psychological resources of patients with ovarian cancer and the severity of the side effects of chemotherapy

Monika Dobrowolska

Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie Sp. z o.o.

Psychoonkologia 2013, 2: 56–61

Adres do korespondencji:

mgr Monika Dobrowolska
Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie Sp. z o.o.
Pracownia Psychologiczna
Oddział Rehabilitacji Dziecięcej
ul. Piechowskiego 36
83-400 Kościerzyna
e-mail: dobrowolska.monika@wp.pl

Streszczenie

Wstęp: W obecnych czasach coraz częściej podkreśla się znaczenie czynników i mechanizmów psychologicznych, które mogą pozytywnie wpływać na poprawę funkcjonowania pacjentów chorych somatycznie. Celem niniejszej pracy było przedstawienie związku wybranych zasobów psychologicznych, którymi dysponują osoby chorujące na raka jajnika, ze stopniem nasilenia skutków ubocznych chemioterapii.

Materiał i metody: W badaniu wzięło udział 47 pacjentek leczonych z powodu raka jajnika, które różniły się stopniem nasilenia skutków ubocznych chemioterapii. Badane kobiety wypełniły następujące testy: Test Orientacji Życiowej LOT-R, Kwestionariusz Nadziei Podstawowej BHI-12, Skalę Akceptacji Choroby AIS, Skalę Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej Mini-MAC, ankietę do badania racjonalnych przekonań oraz ankietę do badania skutków ubocznych chemioterapii (obie w opracowaniu własnym).

Wyniki i wnioski: Wykazano istnienie negatywnej korelacji pomiędzy nasileniem skutków ubocznych chemioterapii a poziomem dyspozycyjnego optymizmu, poziomem akceptacji choroby oraz strategią pozytywne przewartościowanie oraz istnienie pozytywnej korelacji pomiędzy nasileniem objawów ubocznych leczenia a destrukcyjnym stylem radzenia sobie z chorobą nowotworową, w tym ze strategiami bezradność-bez nadziei oraz zaabsorbowanie lękowe. Pozostałe trzy zmienne psychologiczne uznane za zasoby, a mianowicie nadzieja podstawowa, racjonalne przekonania oraz strategia ducha walki należąca do konstruktywnego stylu radzenia sobie, nie wykazały u chorych z rakiem jajnika związku ze stopniem nasilenia skutków ubocznych chemioterapii.

Abstract

Introduction: Nowadays, more and more emphasis is put on the importance of psychological factors and mechanisms that can improve the functioning of patients with somatic diseases. The aim of the study was presenting the relation between selected psychological resources available to patients suffering from ovarian cancer, and the severity of the side effects of chemotherapy.

Material and methods: The sample consisted of 47 patients treated for ovarian cancer, who differed in the degree of severity of the side effects of chemotherapy. The women filled in the following tests: Life Orientation Test LOT-R, Basic Hope Questionnaire BHI-12, AIS Acceptance of Illness Scale, Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale (Mini-MAC), a survey to investigate rational beliefs and a survey to study the side effects of chemotherapy (both own work).

Results and conclusions: The existence of a negative correlation was demonstrated, between the severity of the side effects of chemotherapy and the level

of dispositional optimism, the level of acceptance of the disease and a positive re-evaluation strategy. A positive correlation was revealed between the severity of side effects of the treatment and a destructive style of coping with cancer, including helplessness-hopelessness and anxious preoccupation strategies. The other three psychological variables classified as psychological resources, namely the basic hope, rational beliefs and the fighting spirit strategy belonging to constructive coping style, did not correlate with the severity of the side effects of chemotherapy in patients with ovarian cancer.

Słowa kluczowe: rak jajnika, skutki uboczne chemioterapii, zasoby psychologiczne.

Key words: ovarian cancer, side effects of chemotherapy, psychological resources.

Wstęp

W obecnych czasach coraz częściej wykrywane są nowotwory złośliwe różnych narządów. U kobiet częstym rozpoznaniem są nowotwory narządów płciowych, a zwłaszcza nowotwory złośliwe jajnika. Występują one najczęściej u kobiet w wieku około- i pomenopauzalnym – zwłaszcza u nieródek i kobiet, które rzadko rodziły. Ma to związek z częstością i liczbą owulacji w życiu kobiety – im więcej, tym większe ryzyko wystąpienia nowotworu. Można mówić również o dziedzicznym występowaniu raka jajnika – szczególną rolę odgrywają wtedy mutacje genów *BRCA1* i *BRCA2*. Objawy raka jajnika we wczesnych stopniach zaawansowania klinicznego są często niespecyficzne, sprawia to, że nowotwór ten jest rozpoznawany dość późno [1, 2].

Zmaganie się z chorobą nowotworową wiąże się z ogromnym obciążeniem psychicznym, które jest permanentne i obejmuje wszystkie etapy rozwoju choroby: od postawienia diagnozy, poprzez leczenie i terapię, aż po kontrolę możliwości pojawienia się wznowy [3]. Choroba powoduje ograniczenia zarówno w wymiarze życiowym, ponieważ uniemożliwia zaspokajanie podstawowych potrzeb, a także w wymiarze czynnościowym, ponieważ zakłóca dotychczasową realizację celów [4]. W chorobach nowotworowych często zacierają się zależności psychosomatyczne i somatopsychiczne. Stres związany z sytuacją, w której znalazł się pacjent, oraz sposoby radzenia sobie z zagrożeniem życia mogą zwrotnie oddziaływać na pogorszenie stanu psychicznego chorego, a ten z kolei będzie wpływać na stan chorobowy [5].

Shands podkreśla, że reakcje człowieka dotkniętego chorobą nowotworową zmieniają się w czasie i są poddawane ciągłym przeobrażeniom. Na początku chory najczęściej przeżywa szok związany z rozpoznaniem choroby. Wtedy to informacje przyjmuje częściowo i niebezpośrednio, a główną reakcją emocjonalną jest lęk. Następnie zaczyna powoli integrować pojęcia i wyobrażenia na temat

własnej sytuacji, aż wreszcie wykształci odpowiednie mechanizmy obronne, których celem jest zwalczanie niepewności i obaw [6].

W ostatnich latach podkreśla się rolę nurtu psychologii pozytywnej w chorobach somatycznych. Jej głównym zadaniem jest wyszukiwanie tych mechanizmów i czynników psychologicznych, które mają wpływ na przystosowanie do sytuacji trudnej, jaką jest np. choroba, oraz wspomagają powrót do zdrowia i równowagi psychicznej [7]. Antonovsky [8], autor modelu salutogenetycznego, zwraca uwagę na uogólnione zasoby odpornościowe, czyli na biologiczne (np. genetyczne), psychologiczne (np. intelekt, poczucie kontroli) własności jednostki oraz na cechy społeczno-kulturowe (np. wsparcie społeczne). Według niego zapobiegają one przekształceniu się napięcia w stan stresu, pomagają zwalczać stresory i sprzyjają ochronie zdrowia. Również w chorobach somatycznych, w tym w chorobach nowotworowych, występuje wiele czynników psychologicznych, które można uznać za zasoby, a które korzystnie wpływają na proces leczenia.

Kubacka-Jasiecka [9] podkreśla istotną rolę akceptacji siebie i nowej, trudnej sytuacji leczenia w pozytywnym przystosowaniu się do choroby i jej skutków. Autorka uważa, że pacjent, by czuć się lepiej, powinien przebudować znaczną część osobowości, a zwłaszcza dotychczasowy system potrzeb i celów życiowych oraz struktur poznawczych. Taylor [10] na podstawie badań wśród kobiet z nowotworem gruczołu piersiowego stwierdziła, że za lepsze funkcjonowanie w sytuacji choroby oraz efektywne radzenie sobie odpowiada zaangażowanie poznawcze, które przejawia się w umiejętności odnalezienia dodatnich stron dotychczasowych doświadczeń. Wymienia ona trzy rodzaje aktywności, które istotnie wpływają na proces przystosowania do choroby. Są to: poszukiwanie źródeł choroby i jej konsekwencji, podejmowanie prób odnalezienia czynników umożliwiających wpływanie na proces chorobowy oraz takie przetwarzanie różnych informacji o sobie i świecie, aby podwyższyć poczucie własnej

wartości. Wsparcie społeczne osób z chorobą nowotworową również odgrywa istotną rolę w procesie leczenia i powrotu do zdrowia – Grassi i in. twierdzą, że uzyskiwanie wsparcia, zwłaszcza ze strony rodziny, jest istotnym predyktorem lepszego przystosowania do sytuacji choroby oraz trwałych zmian w sposobie życia [11].

Ciekawe wyniki uzyskał także Jabłoński [12]. Z jego badań wynika, że wysoki poziom poczucia koherencji (czyli przekonania o przewidywalności i racjonalności świata i własnego położenia życiowego) na początku leczenia oraz jego rosnąca wartość w okresie kolejnych dwóch miesięcy może być dobrym czynnikiem prognostycznym co do braku rozwoju depresji u pacjentów leczonych z powodu ostrej białaczki. Badania Kozaki [13] natomiast wskazują na istnienie związku pomiędzy poczuciem koherencji a jakością życia – większe nasilenie poczucia koherencji wiązało się z lepszym funkcjonowaniem psychospołecznym. Warto również zwrócić uwagę na rolę prężności psychicznej (czyli odporności psychicznej czy zaradności życiowej) w przystosowaniu się do choroby nowotworowej. Ogińska-Bulik [14] wskazuje, że prężność zmniejsza niepokój spowodowany chorobą oraz poczucie bezsilności, a zwiększa chęć do walki z nią i tendencje do traktowania jej jako wyzwania. Inne badania tej autorki [15] pokazują, że zmaganie się nastolatków z chorobą nowotworową może prowadzić do wystąpienia u nich pozytywnych zmian w postaci osobowego wzrostu (zwłaszcza dotyczących percepcji siebie i doceniania życia), co może świadczyć o skutecznym radzeniu sobie z chorobą.

Material i metody

Badanie zostało przeprowadzone w Klinice Ginekologii, Onkologii Ginekologicznej i Endokrynologii Ginekologicznej GUMed. Wizyty na oddziale odbywały się w kwietniu i maju 2012 r. Grupę badaną stanowiło 47 kobiet z rozpoznaniem nowotworu złośliwego jajnika otrzymujących podówcześnie chemioterapię. Średnia wieku w grupie badanych kobiet wyniosła 58,36 roku ($M = 58,00$; $SD = 10,53$). Najmłodsza pacjentka w chwili badania miała 34 lata, natomiast najstarsza 77 lat. Osiem kobiet miało wykształcenie podstawowe, dwadzieścia – zasadnicze zawodowe, jedenaście – średnie, a osiem – wyższe.

Najwięcej pacjentek ($N = 16$) było w trakcie pierwszej linii leczenia (liczba podań serii chemioterapii) oraz drugiej ($N = 15$), osiem pacjentek było w trakcie trzeciej linii, natomiast trzy – w trakcie czwartej. Po jednej pacjentce było w trakcie piątej, szóstej i siódmej linii leczenia. Dwie pacjentki nie potrafiły określić swojej linii leczenia.

Najwięcej kobiet było w trakcie drugiego (dwadzieścia pacjentek) i trzeciego (dziesięć chorych) cyklu leczenia (liczba podań chemioterapii z danej linii leczenia). Po pięć osób kontynuowało leczenie na poziomie czwartego i piątego cyklu oraz siedem osób na poziomie szóstego.

W badaniu posłużono się baterią testów, które zostały wypełnione przez każdą z badanych kobiet. Wykorzystano następujące testy: Test Orientacji Życiowej LOT-R, Kwestionariusz Nadziei Podstawowej BHI-12, Skalę Akceptacji Choroby AIS, Skalę Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej Mini-MAC, ankietę do badania poziomu racjonalnych przekonań oraz ankietę dotyczącą skutków ubocznych chemioterapii – obie w opracowaniu własnym.

W celu zbadania dyspozycyjnego optymizmu, rozumianego jako uogólnione oczekiwanie pojawienia się pozytywnych zdarzeń w przyszłości, zastosowano Test Orientacji Życiowej LOT-R. Składa się on z dziesięciu stwierdzeń, z czego sześć to twierdzenia diagnostyczne – trzy pozytywne i trzy negatywne. Rzetelność testu mierzonego za pomocą współczynnika alfa Cronbacha wyniosła 0,76 [16].

W badaniach posłużono się również Kwestionariuszem Nadziei Podstawowej BHI-12. Skala ta składa się z dwunastu pytań, z czego dziewięć to pytania diagnostyczne, odnoszące się do przekonań na temat przychylności świata i jego porządku oraz przewidywalności zdarzeń. Wskaźnik zgodności wewnętrznej (alfa Cronbacha) wyniósł dla tego testu od 0,60 do 0,81 [17].

Do zbadania stopnia akceptacji choroby zastosowano Skalę Akceptacji Choroby AIS, która zawiera osiem stwierdzeń dotyczących negatywnych konsekwencji złego stanu zdrowia.

Niski poziom akceptacji choroby wiąże się z uznaniem ograniczeń narzuconych przez chorobę, poczuciem braku samowystarczalności i zależności od innych. Wskaźnik alfa Cronbacha wyniósł dla tego testu 0,85 (dla polskiej adaptacji testu 0,82) [16].

W badaniach zastosowano również Skalę Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej Mini-MAC, która zawiera dwadzieścia dziewięć stwierdzeń i mierzy cztery różne strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową, tworzące dwa style zmagania się: destrukcyjny (strategie bezradność-beznadziejność i zaabsorbowanie lękowe) oraz konstruktywny (strategie duch walki i pozytywne przewartościowanie). Współczynniki alfa Cronbacha dla poszczególnych strategii przedstawiają się następująco: dla strategii bezradność-beznadziejność 0,92, dla strategii duch walki 0,90, dla strategii zaabsorbowanie lękowe 0,89 oraz dla strategii pozytywne przewartościowanie 0,87 [16].

Kolejną zastosowaną metodą była ankieta (opracowanie własne), która zawiera szesnaście pozycji mierzących poziom racjonalnych przekonań co do choroby nowotworowej i leczenia. Osoby badane wybierały pomiędzy dwoma stwierdzeniami i zaznaczały na skali, które jest im bliższe; z czego po jednej stronie znajdowało się stwierdzenie racjonalne (obiektywne), a po drugiej nieracjonalne (oparte na subiektywnych sądach). Ankietę stworzono na podstawie teorii Maultsby'ego [18], że racjonalne zachowanie to poznawcze, emocjonalne i fizyczne zachowanie, które spełnia co najmniej trzy z pięciu następujących zasad: jest oparte na oczywistych faktach, najlepiej pomaga chronić życie i zdrowie człowieka, pomaga osiągnąć krótko- i długoterminowe cele oraz pomaga uniknąć niepożądaných konfliktów z innymi ludźmi. Racjonalne przekonania, w przeciwieństwie do negatywnych, mogą mieć pozytywny wpływ na zdrowie i proces leczenia. Punktem wyjścia do zmiany negatywnych przekonań jest uświadomienie sobie sposobu, w jaki przekonania wpływają na rezultaty naszych działań w wielu dziedzinach życia.

W celu zbadania nasilenia skutków ubocznych chemioterapii opracowano kolejną ankietę. Składa się ona z dziesięciu pozycji dotyczących najczęściej występujących objawów ubocznych stosowanej chemioterapii: nudności/wymioty, wypadanie włosów, biegunka/zaparcia, osłabienie/zmęczenie, gorączka, bóle głowy, bóle mięśni/stawów, zmiany w smaku, problemy z jamą ustną i gardłem oraz inne. Pacjent odpowiada, czy zaobserwował u siebie występowanie danego objawu i na dziesięciopunktowej skali zaznacza jego nasilenie. Daje to możliwość ogólnego określenia nasilenia skutków ubocznych u każdego pacjenta od 0 do 100.

Cel badań

W niniejszym badaniu postanowiono sprawdzić, czy istnieje korelacja pomiędzy poszczególnymi zmiennymi psychologicznymi uznanymi za zasoby, tj. poziomem dyspozycyjnego optymizmu (LOT-R), poziomem nadziei podstawowej (BHI-12), poziomem akceptacji choroby (AIS), stylem radzenia sobie z chorobą (Mini-MAC) oraz poziomem racjonalnych przekonań a nasileniem skutków ubocznych chemioterapii.

Wyniki

Średni stopień nasilenia skutków ubocznych chemioterapii u badanych kobiet to 37,13 ($M = 34$; $SD = 20,11$) na 100 możliwych. Najniższe nasilenie wyniosło 2, natomiast najwyższe 78. W tabeli 1. zestawiono średnie nasilenie poszczególnych skutków ubocznych u badanych kobiet.

Uzyskano statystycznie istotną negatywną korelację nasilenia skutków ubocznych chemioterapii z następującymi zasobami psychologicznymi: poziomem dyspozycyjnego optymizmu ($r = -0,356$; $p < 0,01$), poziomem akceptacji choroby ($r = -0,402$; $p < 0,01$) oraz strategią pozytywne przewartościowanie należąca do konstruktywnego stylu radzenia sobie z chorobą nowotworową ($r = -0,281$; $p < 0,05$). W praktyce oznacza to, że wraz ze wzrostem poziomu wymienionych zasobów zmniejsza się stopień nasilenia skutków ubocznych chemioterapii. Najsilniejszy negatywny związek można zauważyć pomiędzy objawami ubocznymi a poziomem akceptacji choroby pacjentek chorych na raka jajnika.

Ponadto uzyskano statystycznie istotną pozytywną korelację nasilenia skutków ubocznych chemioterapii z destrukcyjnym stylem radzenia sobie z chorobą nowotworową ($r = 0,478$; $p < 0,001$), w tym ze strategiami: bezradność-beznadziejność ($r = 0,415$; $p < 0,01$) oraz zaabsorbowanie lękowe ($r = 0,464$; $p < 0,01$). Oznacza to, że wraz ze wzrostem poziomu wymienionych zmiennych psychologicznych wzrasta nasilenie skutków ubocznych chemioterapii.

Analiza statystyczna trzech pozostałych zmiennych uznanych za zasoby, a mianowicie nadziei podstawowej, racjonalnych przekonań oraz strategii duch walki należącej do konstruktywnego stylu radzenia sobie, nie wykazała u chorych z rakiem jajnika istnienia statystycznie istotnego związku ze stopniem nasilenia objawów ubocznych leczenia.

Opisane wyniki badań zestawiono w tabeli 2.

Dyskusja

Z przeprowadzonych badań wynika, że osoby z nowotworem posiadają zasoby psychologiczne,

Tabela 1. Zestawienie średniego nasilenia poszczególnych skutków ubocznych chemioterapii u badanych kobiet

Table 1. Summary of average intensity of different side effect of chemotherapy in female subjects

Objaw	X	M	SD
wymioty/nudności	3,51	3,00	3,71
wypadanie włosów	6,81	8,00	3,40
biegunka/zaparcia	3,30	1,00	3,62
osłabienie/zmęczenie	5,91	6,00	3,07
gorączka	1,34	0,00	2,91
ból głowy	1,91	0,00	3,03
ból mięśni/stawów	5,21	6,00	3,74
zmiany w smaku	4,23	4,00	3,70
problemy z jamą ustną/gardłem	2,17	0,00	3,31
inne	2,72	0,00	3,72
suma	37,13	34	20,11

Źródło: opracowanie własne

Tabela 2. Korelacja nasilenia skutków ubocznych chemioterapii z poszczególnymi zmiennymi psychologicznymi
Table 2. Correlation of intensity of side effects of chemotherapy with different psychological variables

Zmienna psychologiczna	Nasilenie skutków ubocznych	
	korelacja Pearsona	istotność
poziom dyspozycyjnego optymizmu	-0,356**	0,007
poziom nadziei podstawowej	-0,167	0,131
poziom akceptacji choroby	-0,402**	0,003
styl konstruktywny radzenia sobie z chorobą	-0,192	0,092
duch walki	-0,067	0,328
pozytywne przewartościowanie	-0,281*	0,028
styl destrukcyjny radzenia sobie z chorobą	0,478**	0,000
bezradność-bez nadziei	0,415**	0,002
zaabsorbowanie lękowe	0,464**	0,001
racjonalne przekonania	-0,222	0,067

*Korelacja jest istotna na poziomie 0,05 (jednostronnie).

**Korelacja jest istotna na poziomie 0,01 (jednostronnie).

Źródło: opracowanie własne

które istotnie korelują z nasileniem skutków ubocznych chemioterapii. Możemy więc mówić, że osoby optymistycznie podchodzące do życia, akceptujące sytuację choroby i potrafiące znaleźć w swoim położeniu pozytywne strony lepiej radzą sobie z fizycznymi następstwami choroby. Znaczenie optymistycznego podejścia do choroby podkreślał w swoich pracach Simonton [19]. Z jego badań wynika, że pozytywne oczekiwania wobec leczenia są lepszym prognostykiem skuteczności terapii niż stopień nasilenia choroby. Chorzy nastawieni optymistycznie stosunkowo lepiej reagowali na leczenie, a ich stan był mniej poważny niż pacjentów nastawionych negatywnie; ponadto osoby te charakteryzował wyższy komfort leczenia i zdrowienia oraz wyższa jakość życia. Ważną rolę w powodzeniu leczenia odgrywa także akceptacja choroby. Z przeprowadzonych badań wynika, że to właśnie akceptacja sytuacji, w której znalazły się pacjentki z rakiem jajnika, wykazywała najsilniejszy negatywny związek z objawami ubocznymi leczenia. W literaturze przedmiotu można znaleźć potwierdzenie uzyskanych wyników: stopień akceptacji choroby korelował z oceną efektów leczenia dokonywaną przez lekarzy wśród pacjentów onkologicznych po mastektomii, co oznaczało, że akceptacja choroby może mieć pozytywny związek z fizycznym wymiarem funkcjonowania człowieka [16].

Wyniki prezentowanego badania wskazują także, że pacjentki, które na chorobę reagowały poczuciem bezradności, beznadziejności oraz lękiem,

wykazywały wyższy stopień nasilenia skutków ubocznych chemioterapii. Na te dane można również spojrzeć z drugiej strony – brak takich odczuć może się wiązać z lepszym funkcjonowaniem pacjentek. W innych badaniach wykazano właśnie, że pacjenci przejawiający między innymi mniejsze zaabsorbowanie lękowe chorobą oraz mniejsze poczucie bezradności charakteryzowali się lepszym poziomem funkcjonowania fizycznego, społecznego, poznawczego i emocjonalnego oraz zgłaszali mniej dolegliwości fizycznych wynikających z choroby [3, 20]. Natomiast z badań Pers [21] wynika, że liczba i nasilenie objawów ubocznych chemioterapii zwiększały się wraz ze wzrostem nasilenia depresji i lęku (jako stanu i jako cechy).

Analiza statystyczna trzech pozostałych zmiennych psychologicznych: nadziei podstawowej, racjonalnych przekonań oraz strategii duch walki z konstruktywnego stylu radzenia sobie, nie wykazała u chorych z rakiem jajnika istnienia statystycznie istotnego związku ze stopniem nasilenia objawów ubocznych leczenia. Jest to wynik sprzeczny z przewidywaniami. W literaturze przedmiotu można znaleźć wyniki badań wskazujące, że nadzieja u pacjentów onkologicznych istotnie korelowała z lepszą samooceną tychże osób w zakresie funkcjonowania fizycznego i społecznego [22]. Nadzieja podstawowa to uogólnione przekonanie, że świat jest dobry i uporządkowany. Postawione w prezentowanym badaniu pytania nie dotyczyły bezpośrednio sytuacji, w której znajdowały się pacjentki. Być może warto zbadać ten aspekt, czyli sprawdzić, czy poziom nadziei odnoszącej się konkretnie do choroby nowotworowej ma związek z nasileniem negatywnych objawów leczenia. Trudno także orzekać, dlaczego związek racjonalnych przekonań i skutków ubocznych nie okazał się istotny. Na temat racjonalnych przekonań szeroko pisał Maultsby [18]. Według niego to, co jest racjonalne, jest równocześnie zdrowe dla funkcjonowania człowieka. Na jego teorii oparł się Simonton, pisząc o negatywnych i racjonalnych podejściach do choroby nowotworowej. Według niego, by czuć się lepiej, trzeba lepiej myśleć [19]. Ankieta wykorzystana w prezentowanym badaniu sprawdzała uogólnione przekonania dotyczące choroby nowotworowej i leczenia, dlatego warto by dodatkowo zbadać oczekiwania pacjentów konkretnie co do własnego położenia. Dałoby to jaśniejszy pogląd na możliwą korelację przekonań i oczekiwań ze stanem fizycznym chorych. Związek nasilenia skutków ubocznych i strategii duch walki będącej częścią konstruktywnego radzenia sobie z chorobą nowotworową również okazał się nieistotny statystycznie, jednak ten wynik warto by potwierdzić w większej grupie badanych.

Wyniki uzyskane w prezentowanym badaniu potwierdzają, że zasoby psychologiczne, jakimi dysponują osoby chore na nowotwór, mogą mieć odzwierciedlenie w tym, co dzieje się na fizycznym poziomie ich funkcjonowania. Jest to bardzo ważne spostrzeżenie, zwłaszcza z perspektywy pracy psychologa z osobami chorującymi na nowotwór. Warto skupiać się nie tylko na negatywnych aspektach choroby nowotworowej, lecz także podkreślać możliwe zasoby psychologiczne. Osoby, u których wykryto raka, pragną powrotu do zdrowia, dlatego w leczeniu nie można zapominać o możliwościach i zasobach, jakimi dysponuje sam pacjent. Pomoc pacjentom onkologicznym powinna więc opierać się na interdyscyplinarnej współpracy specjalistów z danej dziedziny (m.in. lekarza pierwszego kontaktu, onkologa, psychoonkologa) oraz samego pacjenta stojącego w centrum zainteresowania i traktowanego jako „eksperta – laika”. Daje to możliwość uzyskania szybkiego postępu w opracowywaniu skutecznych strategii i metod leczenia w onkologii i nie tylko [23, 24].

Wnioski

1. Osoby chore, które akceptowały własną chorobę, optymistycznie podchodziły do życia i potrafiły pozytywnie przewartościować sytuację, w której się znalazły, czyli posiadały odpowiednie zasoby psychologiczne, lepiej przechodziły leczenie chemioterapią.
2. Lepsze funkcjonowanie na poziomie fizycznym, przejawiające się mniejszym nasileniem skutków ubocznych leczenia, można zaobserwować u osób, które na sytuację choroby nie reagowały bezradnością, bezsilnością i lękiem.
3. Racjonalne przekonania, nadzieja podstawowa oraz strategia duch walki nie wykazały u chorych z rakiem jajnika statystycznie istotnego związku ze stopniem nasilenia objawów ubocznych leczenia.

Piśmiennictwo

1. Markowska J, Mądry R, Markowska A. Rak Jajnika. W: Markowska J, Mądry R (red.). Ginekologia onkologiczna. Wydanie kieszonkowe. MedPharma Polska, Wrocław 2008; 175-206.
2. Spaczyński M, Kędzia W, Nowak-Markowitz E. Onkologia ginekologiczna. W: Bręborowicz GH (red.). Położnictwo i ginekologia. T. 2. Ginekologia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008; 805-873.
3. Juczyński Z. Radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową. W: de Walden-Gatuszko K (red.). Psychoonkologia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000; 23-43.
4. Heszen-Klemens I. Psychologia medyczna. Główne kierunki badań. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1983.
5. Heszen I, Sęk H. Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
6. Zagajewska D. Przegląd publikacji na temat psychologicznych aspektów choroby nowotworowej. Zeszyty Naukowe UJ 1984; 1: 93-110.
7. Nadolska K, Sęk H. Społeczny kontekst odkrywania wiedzy o zasobach odpornościowych, czyli czym jest resilience i jak ono funkcjonuje. W: Kaczmarek Ł, Słysz A (red.). Bliżej serca – zdrowie i emocje. Wydawnictwo UAM, Poznań 2007; 13-37.
8. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia – jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Fundacja Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005.
9. Kubacka-Jasiecka D. Obraz samego siebie w chorobie nowotworowej i innych schorzeniach somatycznych. Prace Psychologiczne UJ 1984; 1.
10. Dolińska-Zygmunt G. Podstawy psychologii zdrowia. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001; 209-225.
11. Kirenko J, Byra S. Zasoby osobiste w chorobach psychosomatycznych. Wyd. II Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2011.
12. Jabłoński M. Poczucie koherencji a ryzyko rozwoju depresji u chorych na ostrą białaczkę. Psychoonkologia 2009; 1-2: 1-10.
13. Kozaka J. Jakość życia a poczucie koherencji kobiet chorych na raka jajnika. Psychoonkologia 2002; 6: 13-19.
14. Ogińska-Bulik N. Rola prężności psychicznej w przystosowaniu się kobiet do choroby nowotworowej. Psychoonkologia 2011; 1: 1-10.
15. Ogińska-Bulik N. Osobowy wzrost u nastolatków zmagających się z chorobą nowotworową. Psychoonkologia 2012; 1: 1-8.
16. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2001.
17. Trzebiński J, Zięba M. Kwestionariusz Nadziei Podstawowej BHI-12. Podręcznik. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2003.
18. Maultsby MC. Racjonalna terapia zachowania: podręcznik terapii poznawczo-behawioralnej. Wydawnictwo Dominika Książskiego Wulkan, Żnin 2008.
19. Simonton OC, Matthews-Simonton S, Creighton JL. Triumf życia – możesz mieć przewagę nad rakiem. Wydawnictwo Ravi, Łódź 2005.
20. Juczyński Z, Chrystowska-Jabłońska B. Strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową. Psychoonkologia 1999; 5: 3-9.
21. Pers K. Zależność liczby i nasilenia objawów ubocznych chemioterapii od poziomu depresji i lęku u pacjentów onkologicznych. Psychoonkologia 2002; 6: 9-12.
22. de Walden-Gatuszko K, Majkovicz M (red.). Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994.
23. Dorfmueller M, Dietzfelbinger H. Psychoonkologia: diagnostyka, metody terapeutyczne. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011; 241-247.
24. Riedner C. Powiązania między lekarzem pierwszego kontaktu, pacjentem, onkologiem i psychoonkologiem. W: Dorfmueller M, Dietzfelbinger H (red.). Psychoonkologia: diagnostyka, metody terapeutyczne. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011; 343-346.