

Psychologiczne uwarunkowania jakości życia pacjentek poddanych radioterapii w odniesieniu do stopnia zaawansowania choroby i wieku

Psychological conditions of the quality of life of patients undergoing radiotherapy with regard to the stage of the disease and age

Katarzyna Guzińska¹, Joanna Dzedziul², Agata Rudnik^{1,3}

¹Institut Psychologii, Uniwersytet Gdański, Gdańsk

²Centrum Interwencji Kryzysowej, Tczew

³Pomorski Park Naukowo-Technologiczny, Gdynia

Psychoonkologia 2014, 2: 51–58

Adres do korespondencji:

Katarzyna Guzińska
Instytut Psychologii
Uniwersytet Gdański
ul. Bażyńskiego 4
80-952 Gdańsk
e-mail: kasia@topkey.pl

Streszczenie

Wstęp: Radioterapia jest jedną z najczęściej stosowanych i najbardziej efektywnych metod leczenia nowotworów. Jednocześnie jest jednym z czynników, które wywołują psychologiczny stres u osób z nowotworem, ponieważ wiąże się z poczuciem niepokoju i lęku oraz z wystąpieniem działań niepożądanych, i wpływa znacząco na jakość życia.

Cel pracy: Celem przeprowadzonych badań było określenie udziału wybranych zmiennych psychologicznych (takich jak: poczucie koherencji i jej trzy komponenty – zrozumiałość, zaradność, sensowność; subiektywne poczucie choroby; strategie radzenia sobie – konstruktywne: duch walki, pozytywne przewartościowanie, oraz destruktywne: bezradność – beznadziejność, zaabsorbowanie lękowe, a także ocena jakości życia), medycznych (stopień zaawansowania choroby) oraz demograficznych (wiek) na jakość życia pacjentek z chorobą nowotworową leczonych radioterapią.

Materiał i metody: Badaniami objęto 50 kobiet z chorobą nowotworową, w wieku 24–78 lat, poddanych radioterapii w Klinice Onkologii i Radioterapii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku. Wykorzystano Kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC-29 Antonovsky'ego, Skalę wizualno-analogową, Skalę Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej Mini-MAC Watson i wsp. w adaptacji Z. Juczyńskiego oraz Kwestionariusz Jakości Życia EORTC QLQ-C30 opracowany przez Grupę Jakości Życia EORTC (*Quality of Life Group EORTC*).

Wyniki: Jakość życia pacjentek poddanych radioterapii pozostaje w związku z poczuciem koherencji, subiektywnym poczuciem choroby oraz strategiami radzenia sobie w chorobie nowotworowej. Jednocześnie wyższą jakość życia prezentują osoby badane z wyższym natężeniem poczucia koherencji, a także z niższym subiektywnym poczuciem choroby i stosujące konstruktywne strategie radzenia sobie.

Wnioski: Poczucie koherencji, rodzaj stosowanych strategii radzenia sobie oraz subiektywne poczucie choroby są lepszymi predyktorami jakości życia niż stopień zaawansowania choroby i wiek pacjentek poddanych radioterapii.

Abstract

Introduction: Radiotherapy is one of the most popular and efficient methods of treating cancers. Apart from that it is one of the factors which evoke psychological stress in patients with cancer, because this treatment is associated with the feelings of worry and anxiety, and the occurrence of side effects. Due to this radiotherapy affects the quality of life significantly.

Aim: The aim of the research was determining the contribution of selected psychological variables (such as: the sense of coherence; subjective sense of the disease; coping strategies, assessment of the quality of life), medical variables (the stage of the disease) and demographic ones (age) with regard to the quality of life of female patients with cancer, undergoing radiotherapy.

Material and methods: The study group included 50 female patients with cancer, aged 24-78 years, undergoing radiotherapy in the Clinic of Oncology and Radiotherapy in the University Clinical Centre in Gdańsk. The research methods included Antonovsky's Sense of Coherence Scale (SOC-29), the Visual-Analogue Scale, the Mini-mental Adjustment to Cancer Scale (Mini MAC Watson *et al.*), Polish adaptation by Z. Juczyński, and the EORTC Quality of Life Questionnaire (QLQ-C30).

Results: The quality of life of the female patients undergoing radiotherapy correlates with the sense of coherence, subjective sense of the disease and coping strategies in cancer. Individuals with a higher sense of coherence and a lower subjective sense of the disease, using constructive coping strategies, demonstrated a higher quality of life.

Conclusions: The sense of coherence, the kinds of applied coping strategies and the subjective sense of the disease are better predictors of the quality of life, than the stage of the disease and age of the female patients undergoing radiotherapy.

Słowa kluczowe: poczucie koherencji, subiektywne poczucie choroby, strategie radzenia sobie, radioterapia.

Key words: sense of coherence, subjective sense of the disease, coping strategies, radiotherapy.

Wstęp

Ocena jakości życia pacjentów przewlekle chorych, a zwłaszcza z chorobą nowotworową, pozostaje w znaczącym związku z medycyną praktyczną. Tym samym umożliwia wybranie właściwego postępowania lekarskiego [1, 2]. Choroba nowotworowa wiąże się z ogromnym stresem, w tym o charakterze psychospołecznym [3, 4]. W praktyce klinicznej redukcja tego stresu stanowi jedno z największych wyzwań dla psychologów i psychoonkologów. W Polsce wciąż panuje bardzo silna kancerofobia. Rak nadal jest uważany przede wszystkim za chorobę nieuleczalną, nieuchronnie prowadzącą do śmierci, wiążącą się z bólem i cierpieniem. Taki sposób postrzegania raka często prowadzi do powstawania zniekształconego obrazu własnej choroby. Towarzyszy temu lęk, który stanowi najbardziej powszechny stan emocjonalny w przebiegu choroby nowotworowej [5]. Dlatego też nieustannie istnieje zapotrzebowanie na prace badawcze w obszarze jakości życia i radzenia sobie z chorobą przez pacjentów dotkniętych tym schorzeniem.

Najczęściej występującym nowotworem u kobiet w krajach rozwiniętych jest rak piersi, który w Polsce stanowi nawet ponad 20% zachorowań na nowotwory złośliwe [6], drugim pod względem częstości występowania jest rak szyjki macicy [7]. Nadal jedną z najczęściej stosowanych i najbardziej efektywnych metod leczenia nowotworów

jest radioterapia [8]. Wykorzystywane w niej wysokoenergetyczne promienie X przenikają w głąb ciała i wchodzi w interakcję z atomami i cząsteczkami komórki. Skierowane na tkankę guza promieniowanie uszkadza istotne dla życia komórki elementy jej budowy, np. DNA lub enzymy [9]. W odróżnieniu od chemioterapii, radioterapia oddziałuje wyłącznie na te komórki organizmu, które są narażone na promieniowanie. Działania niepożądane w procesie radioterapii związane są zatem z wpływem promieniowania również na zdrową tkankę. Współczesna chemioterapia oraz radioterapia to silna i w wielu przypadkach skuteczna broń w walce z nowotworami [9]. Mimo wszystko obie te metody niosą ze sobą szereg skutków ubocznych. Te związane z radioterapią są na ogół przejściowe. Rozwijają się one stopniowo, w ciągu tygodni trwania leczenia, i stopniowo znikają po jego zakończeniu. Wśród działań niepożądanych radioterapii najczęściej wymieniane są: zmęczenie, negatywne reakcje skórne (np. zapalenie skóry), zapalenie błony śluzowej, biegunka, nudności, wypadanie włosów oraz zapalenie pęcherza moczowego [9]. Dlatego też niezwykle ważne jest zastosowanie adekwatnej pomocy o charakterze wspierającym i redukującym negatywne skutki radioterapii w celu zminimalizowania ich oddziaływania na ocenę jakości życia u pacjentów onkologicznych.

Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia (*health related quality of life* – HRQL) definiowana

jest przez Schipperę [10–12] jako subiektywna ocena aktualnej sytuacji życiowej człowieka, ze szczególnym uwzględnieniem wpływu choroby i leczenia (w tym przypadku za pomocą radioterapii) na tę sytuację, w wybranym okresie. Poza oceną ogólną HRQL obejmuje obszar fizyczny (brak dolegliwości, dobra sprawność ruchowa), psychiczny (brak objawów psychopatologicznych) i społeczny (utrzymana aktywność zawodowo-społeczna).

Traktowanie choroby jako nieuleczalnej stwarza problemy z przystosowaniem się do niej, stanowi ona tym samym integralną część życia pacjentów. Istnieje wiele badań wskazujących, że nie tylko rozpoznanie czy sposób leczenia, lecz także czynniki psychologiczne modyfikują jakość życia osób z chorobą nowotworową. Ważną rolę odgrywają aktywizowane strategie radzenia sobie z chorobą.

Wiele wywiadów przeprowadzonych wśród osób zmagających się z nowotworami pozwoliło na wyodrębnienie takich komponentów, jak duch walki, pozytywne przewartościowanie oraz bezradność – beznadziejność i zaabsorbowanie lękowe [13–16]. Zaabsorbowanie lękowe obejmuje niepokój spowodowany chorobą, spostrzeganą jako zagrożenie wywołujące lęk, nad którym nie można zapanować i który sprawia, że każda zmiana jest interpretowana jako sygnał pogorszenia stanu zdrowia. Duch walki to traktowanie choroby jako osobistego wyzwania i podejmowanie działań zwalczających ją. Pozytywne przewartościowanie stanowi zmianę postrzegania choroby w taki sposób, by przy pełnej świadomości jej powagi znaleźć nadzieję i zadowolenie z przeżytych już lat oraz w obecnej sytuacji, co oznacza wykorzystanie aktywnych informacji na temat korzyści wtórnych. Natomiast bezradność – beznadziejność świadczy o poczuciu bezsilności, zagubieniu i biernym poddaniu się chorobie [17]. Wydaje się, że strategie te można potraktować jako normatywne, zależne od fazy choroby i zmagania się z nią.

Niezwykle istotnym elementem radzenia sobie z chorobą jest poczucie koherencji (*sense of coherence* – SOC), które zostało wyróżnione przez Antonovsky'ego [18]. U podstaw jego koncepcji salutogenezy leży założenie, że pomiędzy zdrowiem a chorobą istnieje kontinuum stanów, które należy rozumieć całościowo, jako dynamiczny proces równoważenia wymagań i zasobów w toku konfrontacji ze stresem. Poczucie koherencji określane jest jako globalna orientacja życiowa, pozwalająca wyjaśnić funkcjonowanie uogólnionych zasobów odpornościowych. Według Antonovsky'ego osoby o silnym poczuciu koherencji mają tendencję do zachowań prozdrowotnych [18, 19]. Komponentami poczucia koherencji są poczucie zrozumiałości, poczucie zaradności oraz poczucie sensowności.

Aspekt poznawczy SOC określa poczucie zrozumiałości, ujmowane jako przekonanie o świecie, zdolność do rozumienia i przewidywania zdarzeń. Aspekt poznawczo-instrumentalny SOC to poczucie zaradności, traktowane jako przekonanie o własnej osobie, zdolność do adekwatnej, realistycznej oceny rzeczywistości pod kątem wymagań, zasobów, możliwości ich dopasowania. Z kolei aspekt motywacyjno-emocjonalny obejmuje poczucie sensowności, czyli przekonanie o własnych relacjach ze światem. Wzrost poczucia koherencji (SOC) poprzez mechanizmy oceny poznawczej prowadzi do podjęcia przez pacjentów strategii aktywno-behawioralnych, skoncentrowanych na problemie (w przeciwieństwie do strategii unikowych) [20, 21]. Niezwykle ważne w ocenie jakości życia przez pacjenta jest jego subiektywne poczucie choroby, a więc obraz własnego stanu, stanowiącego część obrazu choroby.

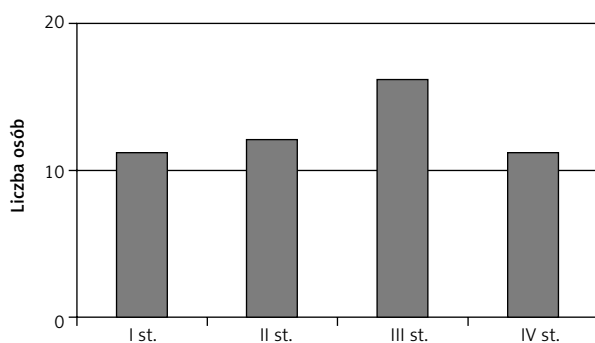
Cel badania

Celem przeprowadzonych badań było określenie udziału wybranych zmiennych psychologicznych, medycznych oraz demograficznych w jakości życia kobiet z chorobą nowotworową leczonych radioterapią. Wśród zmiennych psychologicznych analizowano poczucie koherencji i jej trzy komponenty: zrozumiałość, zaradność, sensowność; subiektywne poczucie choroby; strategie radzenia sobie (konstruktywne: duch walki, pozytywne przewartościowanie, oraz destruktywne: bezradność – beznadziejność, zaabsorbowanie lękowe). Zmienną medyczną stanowił stopień zaawansowania choroby, a zmienną demograficzną – wiek. Całość badań miała także za zadanie umożliwić wstępne ustalenie optymalnych kierunków interwencji psychologicznej u chorych onkologicznie, poddanych radioterapii.

Charakterystyka badanej grupy

Badaniami objęto 50 pacjentek z chorobą nowotworową, poddanych radioterapii w Klinice Onkologii i Radioterapii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku. Rozpiętość wieku kobiet wynosiła od 24 do 78 lat, z czego dominujący przedział wieku to 42–68 lat. W klasyfikacji klinicznej Międzynarodowej Unii Walki z Rakiem (*Union for International Cancer Control* – UICC) wyróżniona została czterostopniowa skala rangowa:

- stopień I – najwcześniejsza faza rozwoju (przeżycie 5-letnie: 75–100%),
- stopień II – początkowa faza rozwoju (przeżycie 5-letnie: 50–75%),



Rycina 1. Rozkład stopnia zaawansowania choroby nowotworowej w grupie badanej wg klasyfikacji klinicznej Międzynarodowej Unii Walki z Rakiem (UICC)

Figure 1. The distribution of cancer staging in the study group according to the clinical classification of the Union for International Cancer Control (UICC)

- stopień III – zaawansowana faza rozwoju (przeżycie 5-letnie: 25–50%),
- stopień IV – bardzo zaawansowana faza rozwoju o złym rokowaniu (przeżycie 5-letnie: do 25%).

Wśród osób badanych najwięcej pacjentek znajdowało się w III fazie rozwoju choroby nowotworowej. Rozkład stopnia zaawansowania choroby nowotworowej w grupie badanej ilustruje rycina 1.

W tabeli 1. przedstawiono podział badanych pacjentek ze względu na lokalizację nowotworu. Zamieszczone dane potwierdzają statystyki, ponieważ w grupie badanej najwięcej było kobiet z rakiem piersi oraz szyjki macicy.

Material i metody

Wszystkie przeprowadzone badania poprzedzone były krótkimi rozmowami z pacjentkami, co miało na celu redukcję lęku związanego z nową sytuacją. Wykorzystano Kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC-29 Antonovsky'ego, Skalę wizualno-analogową (skala 10-punktowa: 1 – „jestem niezbyt chora”, 10 – „jestem bardzo chora”), Skalę Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej Mini-MAC Watson i wsp. w adaptacji Juczyńskiego oraz Kwestionariusz Jakości Życia EORTC QLQ-C30 opracowany przez Grupę Jakości Życia EORTC

Tabela 1. Podział badanych pacjentek ze względu na lokalizację nowotworu

Table 1. The division of patients according to the cancer location

Lokalizacja nowotworu	Liczba (%)
szyjka macicy	19 (37,2)
piers	14 (27,5)
jelito grube	5 (9,8)
ślinianka	3 (5,9)
migdałek	2 (3,9)
glejak	2 (3,9)
ptuco	2 (3,9)
jajnik	1 (2)
oponiak	1 (2)
żołądek	1 (2)

(Quality of Life Group EORTC). Kwestionariusze wypełniano tradycyjnie, w formie papierowej.

Wyniki

Otrzymane wyniki wskazują na współwystępowanie globalnego poczucia koherencji z subiektywnym poczuciem choroby oraz aktywizowanymi strategiami radzenia sobie i ogólną jakością życia pacjentek. Wyższe poczucie koherencji – wskaźnik globalny – współwystępuje z niższym subiektywnym poczuciem choroby ($r = -0,37, p \leq 0,05$). Podobna zależność dotyczy komponentu zrozumiałości oraz subiektywnego poczucia choroby ($r = -0,41, p \leq 0,05$). Jednocześnie wraz ze wzrostem poczucia koherencji [wskaźnik globalny ($r = -0,38, p \leq 0,05$)] oraz komponentów zrozumiałości ($r = -0,39, p \leq 0,05$) i sensowności ($r = -0,33, p \leq 0,05$) maleje natężenie strategii: beznadziei – beznadziejność, a wraz ze wzrostem komponentu sensowności wzrasta natężenie strategii pozytywnego przewartościowania ($r = -0,37, p \leq 0,05$). Dalsza analiza wykazała również, że wyższe poczucie koherencji współwystępuje z wyższą ogólną jakością życia (tabela 2.).

Analiza współwystępowania subiektywnego poczucia choroby ze strategiami radzenia sobie wy-

Tabela 2. Poczucie koherencji a wymiary jakości życia (korelacja r Pearsona)

Table 2. The sense of coherence and the dimensions of the quality of life (Pearson's r correlation)

Wymiary jakości życia	SOC globalne	SOC zrozumiałość	SOC zaradność	SOC sensowność
funkcjonowanie zawodowe	0,31	0,48	–	–
funkcjonowanie emocjonalne	0,37	0,37	0,31	–
funkcjonowanie poznawcze	0,41	0,44	0,51	–
funkcjonowanie społeczne	0,39	0,37	–	0,31
ból	-0,41	-0,29	-0,38	–
zmęczenie	-0,41	-0,49	–	–
ogólna jakość życia	0,56	0,59	-0,30	–

kazała, że wyższe subiektywne poczucie choroby współwystępuje z niższym natężeniem strategii pozytywnego przewartościowania ($r = -0,32, p \leq 0,05$).

Z kolei analiza subiektywnego poczucia choroby w odniesieniu do poszczególnych wymiarów jakości życia dowiodła, że wyższe subiektywne poczucie choroby współwystępuje z niższą ogólną jakością życia (tabela 3.). Dodatkowo pacjentki z wyższym subiektywnym poczuciem choroby prezentowały obniżone funkcjonowanie fizyczne i emocjonalne, przy jednoczesnym nasileniu takich objawów, jak zmęczenie i zaburzenia snu.

Analiza zależności między strategią radzenia sobie oraz jakością życia wykazała, że wraz ze wzrostem natężenia strategii zaabsorbowania lękowego spada poziom funkcjonowania społecznego, zaś w przypadku wzrostu natężenia strategii bezradność – beznadziejność spada poziom funkcjonowania zawodowego, poznawczego, społecznego oraz ogólna jakość życia (tabela 4.). Natomiast wzrost ogólnej jakości życia zaobserwowano u pacjentek, u których wzrastało natężenie strategii ducha walki oraz pozytywnego przewartościowania.

Wyższe natężenie strategii zaabsorbowania lękowego współwystępuje z nasileniem kłopotów finansowych ($r = -0,36, p \leq 0,05$), natomiast wyższe natężenie strategii bezradność – beznadziejność współwystępuje z nasileniem zmęczenia ($r = 0,45, p \leq 0,05$) oraz objawem braku łaknienia ($r = 0,28, p \leq 0,05$), a mniejsze nasilenie objawu braku łaknienia pozostaje w pozytywnej relacji ze stosowaniem strategii ducha walki ($r = -0,33, p \leq 0,05$). Co więcej, strategia pozytywnego przewartościowania współwystępuje z mniejszym nasileniem dolegliwości bólowych ($r = -0,34, p \leq 0,05$).

Z analizy opisowej (korelacja r Pearsona) zależności między wiekiem oraz stopniem zaawansowania choroby a strategiami radzenia sobie i oceną jakości życia pacjentek poddanych radioterapii wynika, że wraz z wiekiem pacjentek maleje natężenie strategii zaabsorbowania lękowego ($r = -0,36, p \leq 0,05$), zaś rodzaj stosowanych strategii radzenia sobie nie jest zależny od stopnia zaawansowania nowotworu.

Tabela 3. Subiektywne poczucie choroby a wymiary jakości życia (korelacja r Pearsona)

Table 3. The subjective sense of an illness and the dimensions of the quality of life (Pearson's r correlation)

Wymiary jakości życia	Subiektywne poczucie choroby
funkcjonowanie fizyczne	-0,42
funkcjonowanie emocjonalne	-0,31
nasilenie objawów: zmęczenie	0,32
nasilenie objawów: zaburzenia snu	0,29
ogólna jakość życia	-0,47

Analiza zmiennych demograficznych oraz stopnia zaawansowania choroby nie wykazała związku pomiędzy wiekiem, stopniem zaawansowania choroby a jakością życia. Wyjątek stanowi nasilenie objawów w postaci braku łaknienia ($r = 0,37, p \leq 0,05$), którego częstość występowania wzrastała wraz z wiekiem.

Omówienie wyników

Uważa się, że radioterapia wiąże się z mniejszym natężeniem objawów ogólnych niż chemioterapia, z tego też powodu w trakcie jej trwania większego znaczenia nabierają czynniki psychologiczne [22]. Radioterapia zazwyczaj wymaga wielotygodniowego naświetlania chorych onkologicznie, co wywołuje nie tylko poczucie niepokoju i lęku, lecz także wiąże się z wystąpieniem działań niepożądanych. Co więcej, ryzyko powikłań po tym rodzaju leczenia zwiększa się wraz z dawką promieniowania. Tym bardziej istotna jest trafna identyfikacja i ocena stanu psychospołecznego chorych, którzy potrzebują pomocy psychologicznej podczas radioterapii [23].

Ocena jakości życia związanej z chorobą od wielu lat jest w psychoonkologii standardem na różnych etapach diagnostyki i leczenia. Ważne jest, by w tej ocenie uwzględniać różnego rodzaju zasoby psychologiczne, w tym poczucie koherencji, subiektywne poczucie choroby, strategie radzenia sobie mogące modyfikować ocenę jakości życia

Tabela 4. Analiza zależności między strategią radzenia sobie a jakością życia w różnych sferach funkcjonowania (korelacja r Pearsona)

Table 4. The analysis of the relation between coping strategies and the quality of life in various areas of functioning (Pearson's r correlation)

Wymiary jakości życia	Strategia zaabsorbowania lękowego	Strategia ducha walki	Strategia bezradność – beznadziejność	Strategia pozytywnego przewartościowania
funkcjonowanie zawodowe	–	–	-0,32	–
funkcjonowanie emocjonalne	–	–	–	–
funkcjonowanie poznawcze	-0,42	–	-0,33	–
funkcjonowanie społeczne	–	–	-0,5	–
ogólna jakość życia	–	0,32	-0,38	0,32

w trakcie leczenia choroby nowotworowej w różnych stopniach jej zaawansowania.

Z badań przeprowadzonych przez autorki wynika, że wyższe poczucie koherencji współwystępuje z wyższą ogólną jakością życia (biorąc pod uwagę wskaźnik globalny i komponent zrozumiałości) oraz z niższym subiektywnym poczuciem choroby. Wyniki te znajdują potwierdzenie także w innych badaniach.

Kozaka (2002) analizowała związki pomiędzy poczuciem koherencji a jakością życia pacjentek z rakiem jajnika. Wykazała, że silniejsze poczucie zaradności koreluje u badanych kobiet z brakiem zaburzeń poznawczych i emocjonalnych, wyższą oceną własnej sprawności oraz wyższą ogólną oceną jakości życia w trakcie hospitalizacji [24]. Co ciekawe, część pacjentów z chorobą nowotworową, w tym również z ostrą białaczką, zgłasza wysokie wartości poczucia koherencji w trakcie leczenia [25]. Koresponduje to z założeniem Antonovsky'ego [19], zgodnie z którym poczucie koherencji stanowi zasób kluczowy dla zdrowia i tym samym może sprzyjać wyższej ocenie jakości życia, również w przypadku pacjentów leczonych z zastosowaniem radioterapii.

Badania podjęte przez autorki wskazują także, że wraz ze wzrostem poczucia koherencji (wskaźnik globalny oraz komponenty zrozumiałości i sensowności) maleje natężenie strategii bezradność – beznadziejność, a wraz ze wzrostem komponentu sensowności wzrasta również natężenie strategii pozytywnego przewartościowania.

Podobne założenia przedstawia Milik (2013), badająca sposoby przystosowania się do choroby nowotworowej u kobiet z rakiem piersi przed zabiegiem chirurgicznym i po nim oraz wpływ rodzaju operacji na adaptację do choroby nowotworowej. Analiza tych badań obrazuje, że pacjentki częściej stosują konstruktywne strategie radzenia sobie (styl ducha walki i pozytywne przewartościowanie) zarówno przed zabiegiem, jak i po nim [26].

Szczegółowa analiza zależności między strategią radzenia sobie a jakością życia dowodzi, że wraz ze wzrostem natężenia strategii zaabsorbowania lękowego spada poziom funkcjonowania społecznego, a w przypadku wzrostu natężenia strategii bezradność – beznadziejność spada poziom funkcjonowania zawodowego, poznawczego, społecznego oraz ogólna jakość życia. Z kolei wzrost ogólnej jakości życia współwystępuje ze wzrostem natężenia strategii ducha walki oraz pozytywnego przewartościowania, a więc strategii powszechnie uznawanych za konstruktywne.

Współcześnie problematyka zasobów psychologicznych i ich znaczenia w przebiegu choroby nowotworowej jest szeroko omawiana w literatu-

rze przedmiotu zarówno przez psychologów, jak i psychoonkologów.

Przykładowo badania Dobrowolskiej (2013) wskazują na istnienie negatywnej korelacji pomiędzy nasileniem skutków ubocznych chemioterapii a poziomem akceptacji choroby oraz strategią pozytywnego przewartościowania. Dowodzą także istnienia pozytywnej korelacji pomiędzy nasileniem działań niepożądanych leczenia a destrukcyjnym stylem radzenia sobie z chorobą nowotworową, w tym ze strategiami bezradność – beznadziejność oraz zaabsorbowanie lękowe. Pozostałe trzy zmienne psychologiczne, uznane za zasoby, a mianowicie: nadzieja podstawowa, racjonalne przekonania oraz strategia ducha walki, należące do konstruktywnego stylu radzenia sobie, nie wykazują u chorych z rakiem jajnika negatywnej korelacji ze stopniem nasilenia skutków ubocznych chemioterapii [27].

Dla porównania, w badaniach Bidzan, Rudnik i Peplińskiej (2013) u kobiet po operacji raka szyjki macicy sposobem Wertheima-Meigsa odnotowano związek między oceną sfery pracy (zawodowej i domowej), sfery społecznej (relacje z innymi ludźmi) i aspektów zdrowotnych, szczególnie dotyczących samopoczucia, zadowolenia z wyglądu fizycznego oraz podejmowania decyzji, a oceną jakości życia związanej ze zdrowiem [28].

Wartym podkreślenia wynikiem przeprowadzonych badań jest ten dotyczący wieku, zgodnie z którym wraz z wiekiem pacjentek maleje natężenie strategii zaabsorbowania lękowego, zaś rodzaj stosowanych strategii radzenia sobie nie wykazuje związku ze stopniem zaawansowania nowotworu. Jednocześnie badania wskazują na brak związku pomiędzy wiekiem, stopniem zaawansowania choroby a jakością życia. Wyjątek stanowi nasilenie objawów w postaci braku łaknienia, którego częstość występowania wzrasta wraz z wiekiem. Może być to jednak związane m.in. z długotrwałym przyjmowaniem leków wpływających na poczucie braku łaknienia. Ponadto deficyt łaknienia, obok złego samopoczucia i zmęczenia, jest jednym z niepożądanych objawów ogólnych (niezwiązanych z obszarem nasświetlania) radioterapii [29].

Na uwagę zasługuje fakt, że pacjentki, które stosują strategię pozytywnego przewartościowania, cechują się niższym subiektywnym poczuciem choroby oraz wyższym poczuciem sensowności. Czynnikiem motywującym do zastosowania tej strategii wydaje się przekonanie, że każda sytuacja trudna, w tym także choroba, zawiera w sobie potencjał do pozytywnych zmian. Przekonanie to ściśle współwystępuje z poczuciem sensowności. Jest to sprzeczne ze stwierdzeniem, według którego silnie stresu-

jąca ocena pierwotna stanowi czynnik wyzwalający strategię pozytywnego przewartościowania [30–33].

Konstruktem zasługującym na szczególną uwagę jest subiektywne poczucie choroby, będące lepszym czynnikiem prognostycznym jakości życia niż stopień zaawansowania nowotworu. Okazuje się, że subiektywne poczucie choroby istotnie koreluje z poczuciem zrozumiałości, co daje możliwość jego modelowania za pomocą oddziaływań psychoedukacyjnych oraz interwencji poznawczo-behawioralnych.

Ogólny wniosek płynący z opisywanych badań dotyczący współwystępowania wybranych zmiennych psychologicznych z jakością życia u pacjentek onkologicznych koresponduje z doniesieniami Jacobsen i wsp. (2004), wskazującymi na duży udział czynników poznawczych (natężenie myśli katastroficznych) w doświadczaniu objawów (zwłaszcza zmęczenia) u pacjentek w trakcie radioterapii [22].

Sugerowane kierunki interwencji psychologicznej

Przedstawione wyniki pozwalają na wskazanie kierunków interwencji psychologicznej, której celem jest poprawa jakości życia pacjentów onkologicznych. Współwystępowanie lepszego funkcjonowania emocjonalnego i ogólnej jakości życia z wyższym poziomem poczucia zrozumiałości i zaradności podkreśla znaczenie interwencji poznawczo-behawioralnych, nastawionych na wytworzenie zdrowych przekonań na temat choroby i leczenia, metodą wspomagającą może być tu psychoedukacja.

Znaczący związek subiektywnego poczucia choroby z jakością życia podkreśla potrzebę modyfikowania poznawczej reprezentacji choroby i oczekiwań dotyczących doświadczanych objawów i możliwego poziomu funkcjonowania.

Gorsza jakość życia u pacjentów stosujących strategię bezradność – beznadziejność wskazuje na istotną rolę wzmacniania lub uczenia aktywnych metod radzenia sobie z chorobą, odkrywania możliwości wspomagania swojego samopoczucia i procesu zdrowienia, zarówno na poziomie behawioralnym, jak i poznawczym. Wydaje się, że istotne jest wspieranie lub proponowanie takiego spojrzenia na sytuację choroby, by dostrzec w niej wyzwanie, które można i warto podjąć, z nadzieją na przyszłość, dostrzegając jednocześnie, jak cenna i niepowtarzalna jest każda chwila.

Proponowane kierunki interwencji psychologicznej:

1. Modyfikacja poznawczej reprezentacji choroby i oczekiwań w zakresie nasilenia objawów oraz

możliwego poziomu funkcjonowania z chorobą nowotworową.

2. Aktywizacja procesów pozytywnego przewartościowania, obejmująca umiejętność dostrzegania tzw. korzyści wtórnych.

3. Rozwój aktywno-behawioralnych strategii radzenia sobie w chorobie nowotworowej.

Wnioski

Jakość życia pacjentek poddanych radioterapii pozostaje w związku z poczuciem koherencji, subiektywnym poczuciem choroby oraz strategiami radzenia sobie w chorobie nowotworowej.

Wyższą jakość życia prezentują pacjentki z wyższym natężeniem poczucia koherencji, a także z niższym subiektywnym poczuciem choroby oraz stosujące konstruktywne strategie radzenia sobie.

Jakość życia nie pozostaje w związku z wiekiem pacjentek oraz ze stopniem zaawansowania choroby nowotworowej.

Rodzaj stosowanych strategii radzenia sobie nie zależy od stopnia zaawansowania choroby nowotworowej.

Poczucie koherencji, rodzaj stosowanych strategii radzenia sobie oraz subiektywne poczucie choroby są lepszymi predyktorami jakości życia niż stopień zaawansowania choroby oraz wiek pacjentek poddanych radioterapii.

Piśmiennictwo

1. de Walden-Gałuszko K, Majkowiak M (red.). Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994; 8.
2. de Walden-Gałuszko K, Majkowiak M. Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce. Akademia Medyczna, Gdańsk 2000.
3. Hesen I, Sęk H. Psychologia zdrowia. PWN, Warszawa 2007.
4. Hesen-Niejodek I. Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. W: Strelau J (red.). Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom 3. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2001; 465-492.
5. Kubacka-Jasiecka D. Problematyka lęku i zmagania się z lękiem w chorobie nowotworowej. W: Kubacka-Jasiecka D, Łosiak W (red.). Zmagając się z chorobą nowotworową. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999.
6. Tomaszewska I. Psychologiczne aspekty w chorobie nowotworowej. W: de Walden-Gałuszko K (red.). Psychoonkologia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000; 71-81.
7. Didkowska J. Nowotwory szyjki macicy w Polsce – epidemiologiczny bilans otwarcia i perspektywy. Ginekologia Polska 2006; 8: 660-666.
8. Kozakiewicz B. Nowotwory złośliwe narządu rodowego. Nowa Med 2003; 122-127.
9. McKay J, Hirano N. Chemioterapia. Radioterapia. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002; 16-17, 33, 40-50.
10. de Walden-Gałuszko K. Ocena jakości życia uwarunkowana stanem zdrowia. W: Meyza J (red.). Jakość życia w chorobie nowotworowej. Centrum Onkologii, Warszawa 1997; 77-81.

11. de Walden-Gatuszko K. Nowe aspekty pojęcia jakości życia w psychoonkologii w świetle założeń psychologii pozytywnej. *Psychoonkologia* 2011; 2: 65-69.
12. Schipper H, Clinch J, Powell V. Definitions and conceptual issues. W: Spilker B (red.). *Quality of life assessments in clinical trials*. New York 1990; 11-25.
13. Juczyński Z. Psychologiczne wyznaczniki przystosowania się do choroby nowotworowej. *Psychoonkologia* 1997, 1: 3-10.
14. Juczyński Z. Radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową. W: de Walden-Gatuszko K (red.). *Psychoonkologia*. Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP, Kraków 2000; 23-45.
15. Juczyński Z. Psychoonkologia jako dziedzina badań i praktyki klinicznej. *Psychoonkologia* 2002; 3: 71-75.
16. Juczyński Z. Zmaganie się z przewlekłym bólem. W: Heszen-Niejodek I (red.). *Teoretyczne i kliniczne problemy radzenia sobie ze stresem*. Wydawnictwo Naukowe SPA, Poznań 2002; 132-152.
17. Kopczyńska-Tyszko A. Pomoc psychologiczna pacjentom onkologicznym. W: Kubacka-Jasiecka D, Łosiak W (red.). *Zmagając się z chorobą nowotworową*. WUJ, Kraków 1999.
18. Antonovsky A. *Unraveling The Mystery of Health – How People Manage Stress and Stay Well*, San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1987.
19. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia: jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Fundacja IPiN, Warszawa 1995.
20. Pasikowski T. Stres i zdrowie: problemy – kierunki – kontrowersje. Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2000.
21. Sęk H, Pasikowski T (red.). *Zdrowie – Stres – Zasoby*. Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2001.
22. Jacobsen P, Andrykowski MA, Thors CL. Relationship of catastrophizing to fatigue among women receiving treatment for breast cancer. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72: 355-361.
23. Faller H, Olshausen B, Flentje M. Emotional distress and needs for psychosocial support among breast cancer patients at start of radiotherapy. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2003; 53: 229-235.
24. Kozaka J. Jakość życia a poczucie koherencji kobiet chorych na raka jajnika. *Psychoonkologia* 2002; 6: 13-19.
25. Jabłoński M. Poczucie koherencji a ryzyko rozwoju depresji u chorych na ostrą białaczkę. *Psychoonkologia* 2009; 1-2: 1-10.
26. Milik A. Przystosowanie się do choroby u kobiet z nowotworem piersi przed mastektomią i po niej oraz przed zabiegiem oszczędzającym i po tym zabiegu. *Psychoonkologia* 2013; 2: 50-55.
27. Dobrowolska M. Wybrane zasoby psychologiczne pacjentek chorych na raka jajnika a stopień nasilenia skutków ubocznych chemioterapii. *Psychoonkologia* 2013; 2: 56-61.
28. Bidzan M, Rudnik A, Peplińska A. Korelaty pomiędzy różnymi obszarami życia kobiet po operacji raka szyjki macicy metodą Wertheima-Meigsa w odniesieniu do jakości życia. *Psychoonkologia* 2013; 2: 62-70.
29. Leppert W, Nowakowska E. Rola radioterapii w leczeniu objawów zaawansowanej choroby nowotworowej. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2008; 2: 33-47.
30. Sears SR, Stanton AL, Danoff-Burg S. The yellow brick road and the emerald city: Benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology* 2003; 22: 487-497.
31. Helgeson V, Reynolds K, Tomich P. A meta-analytic review of benefit finding and growth. *J Consult Clin Psychol* 2006; 74: 797-816.
32. Tomich PL, Helgeson VS. Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychol* 2004; 23: 16-23.
33. Helgeson VS, Reynolds KA, Tomich PL. A meta-analytic review of benefit finding and growth. *J Consult Clin Psychol* 2006; 74: 797-816.