

# Optymizm i umiejscowienie kontroli zdrowia u chorych z nowotworem głowy i szyi a przystosowanie psychiczne do choroby

*Optimism and health locus of control in patients with head and neck cancer and psychological adaptation to disease*

Irena Milaniak<sup>1,2</sup>, Ewa Wilczek-Rużyczka<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Oddział Kliniczny Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii, Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II

<sup>2</sup>Instytut Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Sączu

<sup>3</sup>Wydział Psychologii i Nauk Humanistycznych, Katedra Psychologii Zdrowia, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

*Psychoonkologia* 2017, 21 (1): 29–35

DOI: <https://doi.org/10.5114/pson.2017.70125>

## Adres do korespondencji:

dr Irena Milaniak  
ul. Prądnicka 80  
31-202 Kraków  
e-mail: irenem@poczta.onet.pl

## Streszczenie

**Wstęp:** Dane epidemiologiczne wskazują, że nowotwory głowy i szyi stanowią ponad 6% nowotworów u ludzi i są przyczyną ok. 5% zgonów nowotworowych. Najczęstszym rakiem jest rak krtani, który zajmuje 6.–7. miejsce pod względem zapadalności i umieralności wśród mężczyzn. Zniekształcenia i ubytki czynnościowe powodowane chorobą oraz jej leczeniem mają bardzo negatywne skutki psychologiczne i społeczne.

**Cel pracy:** Celem badań było poznanie związku optymizmu oraz poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia z przystosowaniem psychicznym do choroby nowotworowej.

**Materiał i metody:** Badania przeprowadzono w marcu 2012 r. wśród wybranych losowo 50 pacjentów Ambulatorium Kliniki Nowotworów Głowy i Szyi Centrum Onkologii w Krakowie – 17 kobiet (34%) i 33 mężczyzn (66%) w wieku od 32 do 72 lat (średnio 57,3 roku) chorujących od 5 miesięcy do 10 lat (średnio 3 lata). W pracy posłużono się kwestionariuszem ankiety. Zastosowano ankietę społeczno-demograficzną zawierającą osiem pytań charakteryzujących grupę badaną i trzy wystandaryzowane testy: *Test orientacji życiowej* – LOT-R, *Wielowymiarową skalę umiejscowienia kontroli zdrowia* – MHLC i *Skalę przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej* – Mini-MAC.

**Wyniki i wnioski:** Analiza regresji wykazała, że zmienność predyktora optymizmu wyjaśniła zarówno ok. 23% zmienności wyników poziomu ducha walki, jak i ok. 12% zmienności wyników pozytywnego przewartościowania i były to istotne statystycznie związki. W przypadku umiejscowienia kontroli zdrowia kontrola wewnętrzna miała istotny związek z duchem walki. W przypadku destrukcyjnych strategii wykazano istotny związek kontroli wewnętrznej zarówno z poziomem beznadziei i beznadziejności, jak i zaabsorbowaniem lękowym.

## Abstract

**Introduction:** The epidemiological data indicate that head and neck cancers account for more than 6% of all cancers, and are the cause of approximately 5% deaths. The most common type of head and neck cancer is the larynx cancer, which is on the sixth/seventh place in terms of morbidity and mortality among men. Distortion and functional defects caused by the disease and its treatment have very negative effects on the psychological and social domains of life.

**The aim of the study:** The aim of the study was to investigate the effect of optimism and a sense of locus of control on the psychological adaptation to cancer.

**Material and methods:** The study was conducted in March 2012 among 50 patients from Outpatient Clinic of Head and Neck Cancer Oncology Centre in Krakow. Study consisted of 17 women (34%) and 33 men (66%), aged 32 to 72 years, and suffering from the disease from 5 months to 10 years. A questionnaire used in the study consisted of eight questions characterizing a study group, *Life Orientation Test (LOT-R)*, *Multidimensional Scale of Health Locus of Control (MHLC) Scale*, and *Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale (Mini-MAC)*. **Results and conclusions:** Analysis of the results showed that optimism significantly influenced both the level of fighting spirit (23%) and the level of positive reevaluation (12%). In case of health locus of control, internal control had a significant impact on the fighting spirit. In case of destructive strategy, the most significant effect of the internal control had both the level of helplessness-hopelessness and anxiety absorbed, reducing the level of their value.

**Słowa kluczowe:** umiejscowienie kontroli zdrowia, optymizm, przystosowanie psychiczne do choroby.

**Key words:** health locus of control, optimism, psychological adaptation.

---

## Wstęp

Nowotwory należą obecnie do coraz częściej występujących chorób. Jednocześnie rozwój medycyny sprawia, że czas przeżycia się wydłuża. Analizowane w pracy problemy chorych z nowotworami narządów głowy i szyi dotyczą specjalnej grupy pacjentów. Dane epidemiologiczne wskazują, iż nowotwory głowy i szyi stanowią ponad 6% nowotworów u ludzi i są przyczyną ok. 5% zgonów nowotworowych. Najczęstszym rakiem jest rak krtani, który zajmuje 6.–7. miejsce pod względem zapadalności i umieralności wśród mężczyzn [1]. Osoby te, oprócz przystosowania do choroby nowotworowej, mają często poważne dolegliwości fizyczne, a niekiedy upośledzony wzrok, słuch, węch, smak i inne funkcje układu nerwowego – przez co muszą także zaakceptować oszczędzenie czy pozbawienie podstawowych funkcji, jakimi są np. jedzenie czy mówienie. Zniekształcenia i ubytki czynnościowe powodowane chorobą oraz jej leczeniem mają bardzo negatywne skutki psychologiczne i społeczne [2]. Kliniczny przebieg choroby nowotworowej wiąże się z wieloma sytuacyjnymi stresorami, które wpływają na psychologiczne przystosowanie pacjenta. Chorzy w różny sposób przystosowują się do świadomości życia z nowotworem.

W procesie zmagania się z chorobą istotne znaczenie mają indywidualne właściwości jednostki – to, czy cechuje ją poczucie umiejscowienia kontroli oraz optymizm. Sposób postrzegania świata polegający na spodziewaniu się większej ilości pozytywnych doświadczeń Scheier i Carver nazwali dyspozycyjnym optymizmem. Według nich jest to raczej stała cecha osobowości niż zmienna zależna od aktualnej sytuacji [3]. Optymizm wzbudza w ludziach motywację, wytrwałość oraz determi-

nację do osiągnięcia określonych celów. Przeprowadzone na świecie badania ukazują, że osoby chore o optymistycznym nastawieniu znacznie łatwiej radzą sobie z sytuacją choroby w porównaniu z chorymi z pesymistycznym ukierunkowaniem [4]. Poczucie wewnętrznej czy zewnętrznej kontroli wzmocnień, określane jako umiejscowienie kontroli, oznacza przekonanie danej jednostki dotyczące tego, czy zdarzenia wynikające z jej własnego zachowania zależą od niej samej, czy też przypisuje je losowi, szczęściu, zbiegowi okoliczności czy innym siłom [3]. Badania w różnych krajach wskazują, że zmienna ta pozwala wyjaśnić wiele zależności między sytuacją, osobowością i zachowaniem. Poczucie umiejscowienia kontroli traktowane jest jako wymiar osobowości, przejawiający się w różnych zachowaniach, niezależnie od sytuacji [5]. Przekonanie to determinuje sposób odbierania i przetwarzania napływających informacji oraz zachowania się w różnych sytuacjach. Wymiar ten może w pewnym zakresie podlegać zmianom pod wpływem doświadczeń i sytuacji, w jakich jednostka funkcjonuje [6]. Przystosowanie się do choroby nowotworowej to proces radzenia sobie z chorobą i jej bezpośrednimi konsekwencjami, bólem i złym samopoczuciem. W dłuższej perspektywie – to również konieczność poradzenia sobie z bardziej odległymi zmianami w jakości życia. Konieczne jest obniżenie poczucia lęku i przygnębienia oraz wzrost wiary we własne możliwości i osobistą kontrolę. Istotnym elementem tego procesu jest optymizm i wola walki [7]. Można wyróżnić następujące strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową [8]:

- zaabsorbowanie lękowe,
- duch walki,
- bezradność i beznadziejność,
- pozytywne przewartościowanie.

Tabela 1. Wiek badanych kobiet i mężczyzn

Table 1. Age of women and men participated in the study

	N	Średnia	SD	Minimum	Maksimum
Ogółem	50	58,5	8,9	32	72
Kobiety	17	60,8	7,3	46	71
Mężczyźni	33	57,3	9,6	32	72
Porównanie	$p = 0,1813$ Kobiety i mężczyźni nie różnili się pod względem wieku				

W przeprowadzonych badaniach jako predyktory przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej wybrano optymizm, gdyż wywiera on wpływ na psychiczne i somatyczne funkcjonowanie człowieka, a optymiści przeżywają znacznie więcej pozytywnych uczuć niż pesymiści, oraz poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia, ponieważ osoby o wewnętrznym umiejscowieniu kontroli zdrowia charakteryzują się większą odpowiedzialnością za proces zdrowienia i rehabilitacji, skuteczniej korzystają ze wsparcia społecznego i są bardziej skłonne do poszukiwania informacji dotyczących swoich problemów i ich rozwiązywania [3, 9].

Celem badań było poznanie związku optymizmu i poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia z przystosowaniem psychicznym do choroby nowotworowej.

W pracy sformułowano następujące hipotezy badawcze:

- Istnieje związek optymizmu z przystosowaniem psychicznym do choroby nowotworowej.
- Istnieje związek umiejscowienia kontroli zdrowia z przystosowaniem psychicznym do choroby nowotworowej.

## Material i metody

### Narzędzia badawcze

W pracy wykorzystano następujące narzędzia badawcze:

- Ankietę społeczno-demograficzną zawierającą osiem pytań charakteryzujących grupę badaną.
- *Test orientacji życiowej* – LOT-R – Michaela F. Scheifera, Charlesa S. Carvera oraz Michaela W. Bridgesa w polskiej adaptacji Ryszarda Poprawy i Zygryda Juczyńskiego [9].
- *Wielowymiarową skalę umiejscowienia kontroli zdrowia* – MHLC – Kennetha A. Wellstona, Mitchella J. Steina i Craiga A. Smitha w polskiej adaptacji Zygryda Juczyńskiego [9].
- *Skalę przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej* – Mini-MAC – M. Watson, M. Law, M. Dos Santos, S. Greer, J. Baruch i J. Bliss w polskiej adaptacji Zygryda Juczyńskiego [9].

## Badana grupa

Badania przeprowadzono w marcu 2012 r. wśród wybranych losowo 50 pacjentów Ambulatorium Kliniki Nowotworów Głowy i Szyi Centrum Onkologii w Krakowie (www.doboru losowego dokonano, opierając się na wszystkich historiach chorób pacjentów Ambulatorium z okresu badań – każdy pacjent mógł być wylosowany), wśród których było 17 kobiet (34%) i 33 mężczyzn (66%) w wieku od 32 do 72 lat (średnio 57,3 roku) chorujących od 5 miesięcy do 10 lat (średnio 3 lata) (tab. 1). Wykształcenie podstawowe miało 13 badanych osób (26%), a 7 badanych (14%) miało wykształcenie wyższe. Wśród ankietowanych najwięcej – 30 osób (70%) pozostawało w związku małżeńskim, a najmniej – 3 (6%) było po rozwodzie. W badanej grupie 31 osób (62%) mieszkało w mieście, a 19 osób (38%) na wsi. Z analizy aktywności zawodowej badanej grupy wynika, że najwięcej, bo 22 badanych (44%), było na emeryturze, a 12 badanych (24%) pracowało albo było na rencie. Najmniej było osób bezrobotnych – 4 (8%). Pod względem sytuacji materialnej najwięcej badanych – 30 osób (60%) określiło swoją sytuację materialną jako średnią, jako dobrą 12 osób (24%), a jako złą lub bardzo złą – 7 (14%).

## Wyniki

W badanej grupie największa liczba osób badanych wykazuje zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia ( $27,6 \pm 5,1$ ). W dalszej kolejności badani sądzą, że ich zdrowie wynika z przypadku ( $25,0 \pm 7,2$ ). Najmniej osób ma wewnętrzne poczucie kontroli ( $23,0 \pm 4,0$ ). Wyniki uzyskane za pomocą skali LOT-R określające poziom optymizmu mieszczą się w granicach 6. stena, co wskazuje na umiarkowany poziom optymizmu ( $15,0 \pm 3,6$ ). Jako rodzaj przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej u badanych dominuje duch walki ( $25,0 \pm 2,6$ ). W dalszej kolejności jest to pozytywne przewartościowanie ( $23,6 \pm 2,2$ ). Mniejsza liczba badanych wykazuje zaabsorbowanie lękowe ( $16,1 \pm 4,8$ ), natomiast najmniej badanych przejawia przystosowanie, jakim jest bezradność i beznadziejność ( $12,5 \pm 3,3$ ). Do oceny normalności rozkładu zmiennych zastosowano test Shapiro-Wilka i z uwagi na to, że

**Tabela 2.** Podsumowanie modeli regresji**Table 2.** Summary of regression models

Model	R	R <sup>2</sup>	Skorygowane R <sup>2</sup>	Błąd standardowy oszacowania
aktywne strategie				
duch walki $F(1,48) = 14,42, p < 0,001$	0,481	0,231	0,215	0,325
pozytywne przewartościowanie $F(1,48) = 6,81, p < 0,05$	0,352	0,124	0,106	0,303
destrukcyjne strategie				
bezzadność i beznadziejność $F(1,48) = 1,98, p = 0,166$	0,199	0,040	0,020	0,466
zaabsorbowanie lękowe $F(1,48) = 0,07, p = 0,800$	0,037	0,001	-0,019	0,693

**Tabela 3.** Współczynniki testowanych modeli regresji**Table 3.** Coefficients of tested regression models

Model	Współczynniki niestandardyzowane		Współczynniki standaryzowane		t	Istotność
	B	Błąd standardowy	B	$\beta$		
aktywne strategie						
duch walki	(stała)	2,872	0,188		15,256	< 0,001
	optymizm	0,278	0,073	0,481	3,797	< 0,001
pozytywne przewartościowanie	(stała)	2,928	0,175		16,724	< 0,001
	optymizm	0,177	0,068	0,352	2,609	0,012

**Tabela 4.** Współczynniki testowanych modeli regresji dla strategii destrukcyjnych**Table 4.** Coefficients of tested regression models for destructive strategies

Model	Współczynniki niestandardyzowane		Współczynniki standaryzowane		t	Istotność
	B	Błąd standardowy	B	$\beta$		
destrukcyjne strategie						
bezzadność i beznadziejność	(stała)	2,153	0,270		7,982	< 0,001
	optymizm	-0,147	0,105	-0,199	-1,405	0,166
zaabsorbowanie lękowe	(stała)	2,201	0,401		5,485	< 0,001
	optymizm	0,040	0,156	0,037	0,255	0,800

większość z nich nie wykazywała cech normalności, związek pomiędzy zmiennymi sprawdzono, obliczając współczynnik korelacji rangowej Spearmana oraz przeprowadzając analizę regresji.

W tabeli 2 przedstawiono związek optymizmu z przystosowaniem psychicznym do choroby nowotworowej. W przypadku aktywnych strategii, analiza regresji (tab. 2) wykazała istotny związek optymizmu zarówno z poziomem ducha walki [ $F(1, 48) = 14, 42, p < 0, 001$  – optymizm wyjaśniał ok. 23% zmienności wyników ducha walki, miara  $R^2$  wyniosła 0,23], jak i z poziomem pozytywnego przewartościowania [ $F(1,48) = 6,81, p < 0,05$  – optymizm wyjaśniał ok. 12% zmienności wyników pozytywnego przewartościowania, miara  $R^2$  wyniosła 0,124]. Natomiast w przypadku destrukcyjnych strategii analiza wykazała, że optymizm nie był istotnie związany

zarówno z poziomem bezzadności i beznadziejności [ $F(1,48) = 1,98, p = 0,166$ ], jak i ze zmianą zaabsorbowania lękowego [ $F(1,48) = 0,07, p = 0,800$ ]. W przypadku aktywnych strategii analiza współczynników wykazała (tab. 3), że wraz ze wzrostem o jeden punkt pomiarowy poziomu optymizmu duch walki wzrastał o 0,28 punktu pomiarowego ( $B = 0,278, t = 3,8, p < 0,001$ ), a wzrost o jeden punkt pomiarowy poziomu optymizmu podnosił pozytywne przewartościowanie o 0,18 punktu pomiarowego ( $B = 0,177, t = 2,61, p < 0,05$ ). W przypadku destrukcyjnych strategii analiza wykazała (tab. 4), że optymizm nie był istotnie związany zarówno z poziomem bezzadności i beznadziejności ( $p = 0,166$ ), jak i ze zmianą zaabsorbowania lękowego ( $p = 0,800$ ).

Dokonując analizy związku umiejscowienia kontroli zdrowia z przystosowaniem psychicz-

**Tabela 5.** Podsumowanie modeli regresji – związek pomiędzy umiejscowieniem kontroli zdrowia a przystosowaniem psychicznym do choroby nowotworowej

**Table 5.** Summary of regression models – the connection between health locus of control placement and mental adaptation to cancer

Model	R	R <sup>2</sup>	Skorygowane R <sup>2</sup>	Błąd standardowy oszacowania
aktywne strategie				
duch walki $F(3,46) = 6,11, p < 0,01$	0,534	0,285	0,238	0,32055
pozytywne przewartościowanie $F(3,46) = 3,57, p = 0,021$	0,435	0,189	0,136	0,29751
destrukcyjne strategie				
bezradność i beznadziejność $F(3,46) = 5,05, p < 0,01$	0,498	0,248	0,199	0,42161
zaabsorbowanie lękowe $F(2,46) = 5,93, p < 0,01$	0,528	0,279	0,232	0,60198

**Tabela 6.** Współczynniki testowanych modeli regresji. Związek pomiędzy umiejscowieniem kontroli zdrowia a przystosowaniem psychicznym do choroby nowotworowej

**Table 6.** Coefficients of tested regression models. The connection between health locus of control placement and mental adaptation to cancer

Model		Współczynniki niestandardyzowane		Współczynniki standaryzowane	t	Istotność
		B	Błąd standardowy	β		
aktywne strategie						
duch walki	(stała)	2,325	0,324		7,173	< 0,001
	kontrola wewnętrzna	0,106	0,053	0,253	1,986	0,053
	wpływ innych	0,072	0,056	0,166	1,288	0,204
	przypadek	0,110	0,039	0,356	2,778	0,008
pozytywne przewartościowanie	(stała)	2,458	0,301		8,172	< 0,001
	kontrola wewnętrzna	0,036	0,049	0,098	0,722	0,474
	wpływ innych	0,113	0,052	0,301	2,188	0,034
	przypadek	0,057	0,037	0,214	1,562	0,125

nym do choroby nowotworowej, stwierdzono, że w przypadku aktywnych strategii analiza regresji wykazała (tab. 5) zarówno istotne przewidywanie poziomu ducha walki [ $F(3,46) = 6,11, p < 0,01$  – zmienne niezależne wyjaśniały 24% zmienności wyników ducha walki – miara skorygowanego  $R^2$  wyniosła 0,238], jak i istotne przewidywanie poziomu pozytywnego przewartościowania [ $F(3,46) = 3,57, p = 0,021$  – zmienne niezależne wyjaśniały 14% zmienności wyników pozytywnego przewartościowania – miara skorygowanego  $R^2$  wyniosła 0,136]. Natomiast w przypadku destrukcyjnych strategii analiza regresji wykazała istotne przewidywanie zarówno w przypadku bezradności i beznadziejności [ $F(3,46) = 5,05, p < 0,01$  – zmienne niezależne wyjaśniały 20% zmienności wyników bezradności i beznadziejności – miara skorygowanego  $R^2$  wyniosła 0,199], jak i istotne przewidywanie poziomu zaabsorbowania lękowego [ $F(2,46) = 5,93, p < 0,01$  – zmienne niezależne wyjaśniały 23% zmienności wyników zaabsorbowania lęko-

wego – miara skorygowanego  $R^2$  wyniosła 0,232]. W przypadku aktywnych strategii analiza współczynników testowanych modeli (tab. 6) wykazała, że najbardziej istotny związek z duchem walki miał przypadek ( $\beta = 0,356, t = 2,79, p < 0,01$ ), a najmniej istotny kontrola wewnętrzna ( $\beta = 0,253, t = 1,99, p = 0,052$ ), podczas gdy w przypadku poziomu pozytywnego przewartościowania potwierdzono tylko istotny związek innych zmiennych ze wzrostem pozytywnego przewartościowania ( $\beta = 0,301, t = 2,19, p = 0,034$ ), a nie kontroli wewnętrznej. Natomiast w przypadku destrukcyjnych strategii analiza współczynników testowanych modeli (tab. 7) wykazała, że najbardziej istotny związek z bezradnością i beznadziejnością miała kontrola wewnętrzna – wraz ze wzrostem kontroli malał poziom bezradności i beznadziejności ( $\beta = -0,390, t = 2,98, p < 0,01$ ), a najmniej istotny miał przypadek ( $\beta = 0,371, t = 2,8, p < 0,01$ ), podczas gdy dla zaabsorbowania lękowego wykazano jedynie istotny związek kontroli wewnętrznej

**Tabela 7.** Współczynniki testowanych modeli regresji. Związek pomiędzy umiejscowieniem kontroli zdrowia a przystosowaniem psychicznym do choroby nowotworowej**Table 6.** Coefficients of tested regression models. The connection between health locus of control placement and mental adaptation to cancer

Model		Współczynniki niestandardyzowane		Współczynniki standaryzowane	t	Istotność
		B	Błąd standardowy	$\beta$		
destrukcyjne strategie						
bezradność i beznadziejność	(stała)	2,110	0,426		4,949	< 0,0001
	kontrola wewnętrzna	-0,209	0,070	-0,390	-2,984	0,005
	wpływ innych	-0,008	0,073	-0,015	-0,113	0,910
	przypadek	0,146	0,052	0,371	2,821	0,007
zaabsorbowanie lękowe	(stała)	1,976	0,609		3,247	0,002
	kontrola wewnętrzna	-0,313	0,100	-0,400	-3,121	0,003
	wpływ innych	0,197	0,105	0,244	1,881	0,066
	przypadek	0,181	0,074	0,314	2,439	0,019

z zaabsorbowaniem lękowym – wraz ze wzrostem kontroli wewnętrznej malało zaabsorbowanie lękowe ( $\beta = -0,400$ ,  $t = 3,12$ ,  $p < 0,01$ ).

## Wnioski

Analiza regresji wykazała, że optymizm był istotnie zgodnie związany zarówno z poziomem ducha walki (wyjaśniając ok. 23% zmienności wyników), jak i poziomem pozytywnego przewartościowania (wyjaśniał ok. 12% zmienności wyników pozytywnego przewartościowania).

W przypadku umiejscowienia kontroli zdrowia – kontrola wewnętrzna miała istotny, ale mniejszy od przypadku i innych zmiennych, związek z duchem walki, a w odniesieniu do drugiej z aktywnych strategii – pozytywnego przewartościowania, analiza regresji nie potwierdziła związku kontroli zdrowia z poziomem pozytywnego przewartościowania, a jedynie innych zmiennych.

Natomiast w przypadku destrukcyjnych strategii wykazano najbardziej istotny związek kontroli wewnętrznej zarówno z poziomem bezradności i beznadziejności, jak i z zaabsorbowaniem lękowym. W przypadku optymizmu nie stwierdzono istotnego związku ani z poziomem bezradności i beznadziejności, ani ze zmianą zaabsorbowania lękowego.

## Dyskusja

W pracy przedstawiono analizę związku optymizmu i poczucia umiejscowienia kontroli z przystosowaniem psychicznym do choroby nowotworowej. To, jak pacjent funkcjonuje, zależy od stopnia adaptacji do sytuacji choroby i leczenia. Przystosowanie do choroby nowotworowej jest

trwającym w czasie procesem obejmującym wiele różnych stresorów związanych z chorobą. Do wskaźników satysfakcjonującej adaptacji należą m.in. kontynuowanie aktywnego zaangażowania w codzienne życie, umiejętność radzenia sobie z dystresem [10]. Na przystosowanie psychiczne wpływ ma lokalizacja nowotworu. Nowotwory usytuowane w okolicy głowy i szyi naruszają ważne funkcje życiowe, kontakty oraz komunikację z otoczeniem. Zaburzenia mowy mogą prowadzić do izolacji społecznej, a oszpecenie może wpłynąć na obniżenie samooceny [11]. Dyspozycyjny optymizm był predyktorem częstości występowania lęku przed nawrotem choroby oraz jednorocznego przeżycia [12, 13]. W obliczu choroby nowotworowej pacjentów charakteryzują dwie ogólne, skrajne postawy przystosowania do nowej sytuacji: aktywna, mająca na celu walkę pacjenta o własne życie i zdrowie, oraz pasywna, prowadząca zwykle do rezygnacji lub pogodzenia się z losem. Jednakże 70% pacjentów z nowotworami głowy i szyi stosuje strategie bezradności i fatalizmu [14]. W badaniu własnym wykazano, iż przystosowanie do choroby nowotworowej było związane z posiadaniem przez badaną grupę dyspozycyjnym optymizmem oraz umiejscowieniem kontroli zdrowia. W badaniu oceniającym przystosowanie psychiczne pacjentów do wybranych chorób nowotworowych Religioni i wsp. wykazali zależności między występowaniem strategii radzenia sobie a umiejscowieniem kontroli zdrowia. Można sformułować wniosek, że zarówno osoby charakteryzujące się wewnętrznym poczuciem umiejscowienia kontroli zdrowia, jak i te, które uważają, że o ich zdrowiu decyduje przypadek, preferują aktywne strategie radzenia

sobie ze stresem [15]. Kozińska w badaniu oceniającym znaczenie przywiązania oraz mechanizmu regulacji emocji i dyspozycyjnego optymizmu dla uruchamiania strategii przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej wśród kobiet z rakiem piersi ustaliła, iż wyższy poziom optymizmu dyspozycyjnego pozostaje w związku z niższą wartością preferencji strategii zaabsorbowanie lękowe i wyższymi wskaźnikami preferencji strategii pozytywne przewartościowanie. W grupie kobiet z lękowo-unikającym typem przywiązania nasilona kontrola ekspresji emocjonalnej lęku nasila prawdopodobieństwo uruchomienia strategii zaabsorbowanie lękowe, natomiast obniżenie kontroli ekspresji depresji zwiększa szanse uruchomienia strategii duch walki i pozytywne przewartościowanie [16].

W przypadku umiejscowienia kontroli zdrowia w badanej grupie kontrola wewnętrzna miała istotny, ale mniejszy od przypadku i innych zmiennych, związek z duchem walki. W badaniu określającym związek pomiędzy przystosowaniem się do choroby a umiejscowieniem kontroli zdrowia u pacjentów z rozpoznaniem raka nerki jako wykładnika powrotu do optymalnego stanu zdrowia stwierdzono, iż zaakceptowanie choroby i poczucie wewnętrznego umiejscowienia kontroli oraz poczucie, iż inni mają wpływ na nasze zdrowie, mogą mieć znaczenie w powrocie do zdrowia [17].

Ponadto Basińska i wsp. wykazali związek między nasileniem poziomu dyspozycyjnego optymizmu a akceptacją choroby przez pacjentów [3].

W badaniu Boryczko-Pater i wsp. oceniającym dynamikę przystosowania do choroby i jej akceptacji u pacjentów z nowotworami głowy i szyi stwierdzono, iż akceptacja choroby wśród badanej grupy była stabilna w czasie [18].

Uzyskane wyniki badań wnoszą nowe informacje na temat związku między optymizmem a poczuciem kontroli zdrowia i przystosowaniem do choroby, jednak należy je traktować z dużą ostrożnością, chociażby z uwagi na niewielką liczebność grupy badawczej i przekrojowy charakter badań. Nie pozwala zatem na wnioskowanie o związkach przyczynowo-skutkowych. Niezwykle ważne wydaje się dalsze poszukiwanie uwarunkowań przystosowania się do choroby onkologicznej przy uwzględnieniu innych zasobów osobistych.

## Oświadczenie

Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

## Piśmiennictwo

1. Didkowska J, Wojciechowska U, Zatoński W. Prognozy zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce do

- 2025 roku. Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów. Warszawa 2009.
2. Kawecki A, Nawrocki S. Nowotwory nabłonkowe narządów głowy i szyi. Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych – 2013. [http://www.onkologia.zalecenia.med.pl/pdf/PTOK\\_2013\\_01\\_Nowotwory%20nablonkowe%20glowy%20i%20szyi.pdf](http://www.onkologia.zalecenia.med.pl/pdf/PTOK_2013_01_Nowotwory%20nablonkowe%20glowy%20i%20szyi.pdf).
3. Basińska M, Zalewska-Rydzkowska D, Wolańska P, Junik R. Dyspozycyjny optymizm a akceptacja choroby w grupie osób z chorobą Gravesa-Basedowa. *Pol J Endocrinol* 2008; 59: 23-28.
4. Wrzeńska M, Opuchlik K, Kocur J. Ocena umiejscowienia kontroli zdrowia oraz poziomu poczucia własnej skuteczności i optymizmu u chorych na stwardnienie rozsiane. *Post Psychiatr Neurol* 2008; 17: 313-18.
5. Hesen-Niejodek I, Gruszczynska E. Wymiar duchowy człowieka, jego znaczenie w psychologii zdrowia i jego pomiar. *Prz Psychol* 2004, 47: 15-31.
6. Kościelak, R. Poczucie umiejscowienia kontroli i przekonania o własnej skuteczności w zdrowiu i chorobie. *Impuls. Kraków* 2010.
7. De Walden-Gatuszko K. Psychoonkologia w praktyce klinicznej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
8. Juczyński Z, Chrystowska-Jabłońska B. Strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową. *Psychoonkologia* 2009; 5: 3-9.
9. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001.
10. Kozaka J. Kliniczny przebieg choroby nowotworowej a przystosowanie psychiczne. *Curr Gynecol Oncol* 2015; 13: 27-43.
11. Llewellyn CD, McGurk M, Weinman J. Are psycho-social and behavioral factors related to health related-quality of life in patients with head and neck cancer? A systematic review. *Oral Oncol* 2005; 41: 440-454.
12. Howren MB, Christensen AJ, HyndsKarnell L, Funk GF. Psychological Factors Associated with Head and Neck Cancer Treatment and Survivorship: Evidence and Opportunities for Behavioral Medicine. *J Consult Clin Psychol* 2013; 81: 299-317.
13. Allison PJ, Guichard C, Fung K, Gilain L. Dispositional optimism predicts survival status 1 year after diagnosis in head and neck cancer patients. *J ClinOncol* 2003; 21: 543-548.
14. Humphri GM, Ozakinci G. Psychological responses and support needs of patients following head and neck cancer. *Int J Surg* 2006; 4: 37-44.
15. Religioni U, Czerw A, Deptała A. Przystosowanie psychiczne pacjentów do wybranych chorób nowotworowych. *Psychiatr Pol* 2015; 30: 1-13.
16. Kozińska B. Przywiązanie a strategię przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej w grupie kobiet z rakiem piersi. *Psychoonkologia* 2013, 1: 1-9.
17. Kurowska K, Siekierska I. Akceptacja choroby a poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia u osób po usunięciu nerki z powodu nowotworu. *Pielęg Chir Angiol* 2013; 2: 65-71.
18. Boryczko-Pater B, Baran, A, Szaleniec J i wsp. Dynamika przystosowania do choroby u jej akceptacji u pacjentów z nowotworami głowy i szyi. *Otolaryngologia Polska* 2011; 65 (3 Suppl): 48-53.