

# Depresyjność u osób z chorobą nowotworową

## *Depression among oncological patients*

Olga Dąbska, Ewa Humeniuk, Aleksandra Krupa

Zakład Patologii i Rehabilitacji Mowy, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

*Psychoonkologia* 2017, 21 (2): 52–57

DOI: <https://doi.org/10.5114/pson.2017.71380>

### Adres do korespondencji:

Olga Dąbska  
Zakład Patologii i Rehabilitacji Mowy  
Uniwersytet Medyczny w Lublinie  
Gózd Lipiński 49 A  
23-425 Biszcza  
e-mail: [olga49a@wp.pl](mailto:olga49a@wp.pl)

### Streszczenie

**Wstęp:** W ostatnim czasie systematycznie rośnie odsetek osób zmagających się z chorobą nowotworową, która nie pozostaje bez wpływu na stan emocjonalny chorego. Zaburzenia psychiczne dotyczą 30–50% pacjentów onkologicznych, a najczęściej występujące to zaburzenia lękowe i depresyjne.

**Cel pracy:** Ocena wpływu czynników socjodemograficznych na poziom depresji u osób leczonych z powodu choroby nowotworowej.

**Materiał i metody:** Grupę badaną stanowiło 63 pacjentów onkologicznych. Posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankietową. Obecność i stopień nasilenia objawów depresji badano Inwentarzem Objawów Depresyjnych Becka (*Beck Depression Inventory – BDI*), który uzupełniono autorskim kwestionariuszem analizującym sytuację socjodemograficzną i zawodową badanych.

**Wyniki i wnioski:** Przeprowadzona za pomocą kwestionariusza BDI analiza wykazała występowanie depresji umiarkowanej u ponad połowy respondentów (54%,  $n = 34$ ), a u blisko 1/10 ( $n = 7$ ) ciężką formę tego zaburzenia. Tylko 1/3 ( $n = 22$ ) badanych nie doświadczyła objawów depresji i uskarżała się wyłącznie na obniżenie nastroju. Nasilenie objawów depresyjnych determinowały zmienne: miejsce zamieszkania, stan cywilny, aktywność zawodowa. Analiza badań wskazała na brak wpływu takich czynników, jak wiek, poziom wykształcenia, sytuacja materialna. Choroba nowotworowa rzutuje na każdą sferę życia pacjenta. W związku z tym wobec pacjentów onkologicznych powinno być stosowane holistyczne podejście, oparte na współpracy specjalistów różnych dziedzin.

### Abstract

**Introduction:** Nowadays more and more people are diagnosed with cancer, which affects emotional states of the affected. Mental disorders affect from 30% to 50% of oncological patients. The most common are anxiety disorders and depression.

**Aim of the study** was to assess the influence of socio-demographic factors on the level of depression of oncological patients.

**Material and methods:** The research group consisted of 63 oncological patients. The diagnostic poll method, survey technique was used. The occurrence and intensity level of depression symptoms were measured according to the Beck Depression Inventory (BDI) which was accompanied by the author's questionnaire analyzing the socio-demographic and professional status of the surveyed.

**Results and conclusions:** The analysis conducted using the BDI questionnaire revealed the following results: more than half of the surveyed (54%,  $n = 34$ ) suffered from moderate depression and roughly 1/10 ( $n = 7$ ) of the surveyed suffered from severe depression. Only 1/3 ( $n = 22$ ) of the surveyed showed no signs of depression and complained only about low mood. An increase in intensity of depression symptoms was determined by the following variables: place of residence, marital status and professional activity. Age, education level and financial situation had no influence on the intensity of depression among

the respondents. Cancer influences every sphere of a patient's life. Because of this, a holistic approach should be applied when treating such patients and that approach should be based on cooperation of specialists from various fields.

**Słowa kluczowe:** zaburzenia psychiczne, depresja, nowotwór, pacjenci onkologiczni.

**Key words:** mental disorders, depression, cancer, oncological patients.

## Wstęp

W ostatnim czasie systematycznie rośnie odsetek osób zmagających się z chorobą nowotworową, która jest niewątpliwie bardzo trudnym wydarzeniem w życiu człowieka i nie pozostaje bez wpływu na jego stan emocjonalny [1]. Choroba nowotworowa od momentu oczekiwania na rozpoznanie, przez uciążliwy proces terapeutyczny, okres remisji, do momentu wyzdrowienia lub śmierci istotnie zaburza ludzką egzystencję [2]. „Choroba nowotworowa jest postrzegana jako najbardziej stresująca ze wszystkich chorób. Jej wpływ na człowieka jest wielostronny i pociąga za sobą konsekwencje poznawcze, emocjonalne i behawioralne. Zmiany w psychice pacjenta powodują wiele objawów – większość chorych doświadcza objawów stresu emocjonalnego w postaci depresji, lęku, gniewu” [3]. Zaburzenia psychiczne dotyczą 30–50% pacjentów onkologicznych, a najczęściej występujące to zaburzenia lękowe i depresyjne [4].

Depresję uważa się za jedno z głównych współtowarzyszących chorobie nowotworowej zaburzeń zdrowotnych, zwłaszcza wśród pacjentów okresu paliatywno-hospicyjnego [5]. Zaburzenia depresyjne w przebiegu choroby nowotworowej „mogą przybierać różne postacie – od pojedynczych objawów smutku, załamania, odczucia bezradności na wiadomość o nowotworze do pełnoobjawowych zespołów spełniających kryteria zaburzeń depresyjnych w nasileniu od łagodnego do ciężkiego z objawami psychotycznymi” [1]. Charakterystycznymi objawami depresji są m.in. zubożenie, uczucie smutku, osłabienia i zmęczenia, spadek aktywności, zaburzenia snu, łaknienia i koncentracji, poczucie winy, trudności w podejmowaniu decyzji, myśli samobójcze [6].

Ryzyko rozwoju depresji u pacjentów onkologicznych zwiększają m.in. młody wiek, wyczerpanie fizyczne, przejawiany pesymizm, skrywanie złości, izolacja i brak wsparcia społecznego, typ osobowości, indywidualne predyspozycje i podatność na stres, wykształcone wzorce zachowań, zła sytuacja materialna, choroba nowotworowa w wywiadzie rodzinnym, wznowa nowotworu, stopień zaawansowania i lokalizacja choroby, nasilenie objawów chorobowych, dotychczasowe wydarze-

nia traumatyczne, próby samobójcze, zaburzenia psychiczne oraz uzależnienia [7]. Wśród przyczyn wymienia się ponadto poczucie zagrożenia życia i utratę kontroli nad nim, niepewną przyszłość, bezsilność, niedobór informacji na temat choroby i procesu leczenia. Istotny wpływ ma także występujący w społeczeństwie lęk przed chorobą nowotworową, czyli kancerofobia [8]. Kancerofobia jest definiowana jako obawa przed rozpoznaniem u pacjenta innej choroby nowotworowej oraz przed zachorowaniem na raka wśród bliskich osób. Onkofobia objawia się przede wszystkim interpretowaniem wszelkich dolegliwości i reakcji organizmu jako symptomów procesu nowotworowego [9]. Z kolei von Essen i wsp. twierdzą, że depresja nie jest bezpośrednio związana z faktem rozpoznania choroby, lecz towarzyszącym podczas leczenia dyskomfortem [10].

Ze względu na to, że problematyka zaburzeń depresyjnych w kontekście chorób nowotworowych jawi się jako niezwykle istotne i złożone zagadnienie celem pracy była ocena wpływu czynników socjodemograficznych na poziom depresji u osób leczonych z powodu choroby nowotworowej.

## Material i metody

Grupę badaną stanowiło 63 pacjentów leczonych z powodu choroby nowotworowej w Top-Medical Sp. z o.o. w Lublinie i Centrum Wielospecjalistycznej Opieki Ambulatoryjnej NZOZ MARMED w Świdniku. Ankietowani byli w wieku 23–74 lat, przy czym średnia wieku wynosiła  $48,32 \pm 11,92$  roku. Zdecydowaną większość grupy stanowiły kobiety (97%,  $n = 61$ ), mieszkańcy miast (81%,  $n = 51$ ), osoby zamężne (60%,  $n = 38$ ). Blisko połowa respondentów miała średnie wykształcenie (49%,  $n = 31$ ). W samoocenie badanych sytuację materialną postrzegano zazwyczaj jako przeciętną (57%,  $n = 36$ ). Badani chorowali przeważnie na nowotwór złośliwy (87%,  $n = 55$ ). Choroba zlokalizowana była m.in. w obrębie piersi (46%,  $n = 29$ ), macicy (12%,  $n = 8$ ), płuca (6%,  $n = 4$ ), tarczycy (5%,  $n = 3$ ), jelita grubego (5%,  $n = 3$ ) i innych narządów (26%,  $n = 16$ ). Szczegółową charakterystykę socjo-demograficzną badanej grupy przedstawiono w tabeli 1.

**Tabela 1.** Socjodemograficzna charakterystyka badanej grupy  
**Table 1.** Socio-demographic characteristics of the surveyed group

Zmienna	Wartości analizowanych parametrów	
	n	%
Płeć		
kobiety	61	97
mężczyźni	2	3
Grupa wiekowa (lata)		
≤ 40	17	27
41–55	24	38
> 55 lat	22	35
Miejsce zamieszkania		
miasto	51	81
wieś	12	19
Stan cywilny		
w związku małżeńskim	38	60
panna/kawaler	6	10
rozwidziony/rozwidziona	13	20
owdowiały/owdowiała	6	10
Poziom wykształcenia		
podstawowe, zawodowe	11	18
średnie	31	49
niepełne wyższe	7	11
wyższe	14	22
Aktywność zawodowa		
tak	21	33
nie	42	67
Sytuacja finansowa		
dobra, bardzo dobra	13	20
przeciętna	36	57
zła	14	23
Typ nowotworu		
złośliwy	55	87
miejscowo złośliwy	5	8
łagodny	3	5

Posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankietową. Narzędziem badawczym był Inwentarz Objawów Depresyjnych Becka (*Beck Depression Inventory* – BDI) autorstwa Aaron Temkin Becka, w polskiej adaptacji Parnowskiego i Jernajczyka. W BDI umieszczonych zostało 21 objawów depresji, które opatrzone skalą przybierającą wartości od 0 (brak danego objawu) do 3 (duże nasilenie objawu). Wśród objawów uwzględniono: smutek, przygnębienie, pesymizm, zaniedbanie, utratę odczuwania przyjemności i zainteresowań, w tym seksem, poczucie winy i poniesienia kary, odczuwanie niechęci do własnej osoby, wysoką

samokrytykę, myśli samobójcze, płacz, zdenerwowanie, trudności w podejmowaniu decyzji, niskie poczucie własnej wartości, spadek energii, zaburzenia snu i apetytu, rozdrażnienie, osłabienie organizmu, zmęczenie [11]. Badany może uzyskać 0–63 punktów, przy czym im wyższa jest ich liczba, tym nasilenie objawów depresji jest większe. Interpretacja punktacji jest następująca: ≤ 10 punktów – brak depresji, lekkie zaburzenia nastroju, 11–27 punktów – umiarkowana depresja, ≥ 27 punktów – głęboka depresja [12]. W określeniu przedziałów nasilenia objawów depresyjnych wykorzystano także informacje zawarte w klasyfikacji ICD-10 (*International Classification of Diseases*), w której epizody depresyjne podzielono w zależności od intensywności poszczególnych objawów na depresje łagodne o niewielkim nasileniu, umiarkowane o nasileniu średnim i ciężkie bez objawów lub z objawami psychiatrycznymi [13]. Ponadto zastosowano autorski kwestionariusz składający się z pytań zamkniętych w formie alternatywnych i koniunktywnych. Pytania posłużyły analizie sytuacji socjo-demograficznej i zawodowej badanych.

Badania miały charakter dobrowolny, indywidualny, anonimowy. Zostały przeprowadzone zgodnie z założeniami Deklaracji Helsińskiej. Ankietowanych poinformowano o celu i przebiegu badań. Analizy materiału badawczego dokonano przy użyciu pakietu statystycznego Statistica 12 i programu Microsoft Office Excel. Przyjęto poziom istotności  $p < 0,05$  wskazujący na istotne statystycznie różnice bądź zależności. Wartości analizowanych parametrów niemierzalnych przedstawiono za pomocą licznosci i odsetka. W przypadku cech jakościowych do wykrycia istnienia zależności pomiędzy analizowanymi zmiennymi użyto testu  $\chi^2$ .

## Wyniki

Obecność i stopień nasilenia objawów depresji wśród pacjentów onkologicznych analizowano przy użyciu kwestionariusza BDI. Średnia ocena poziomu depresji dla całej analizowanej próby wyniosła  $14,33 \pm 10,47$  (zakres 0–49 punktów). Tylko 1/3 ( $n = 22$ ) badanych nie doświadczyła objawów depresji i uskarżała się wyłącznie na obniżenie nastroju. U ponad połowy respondentów (54%,  $n = 34$ ) stwierdzono depresję umiarkowaną, a u blisko 1/10 ( $n = 7$ ) ciężką.

Wykazano brak istotnej statystycznie zależności między wiekiem ( $p = 0,31$ ) i poziomem wykształcenia ( $p = 0,62$ ) a występowaniem objawów depresyjnych. Zauważono jednak, że osoby do 40. roku życia (76%) i z wykształceniem podstawowym (73%) nieznacznie częściej zmagają się z umiarko-

**Tabela 2.** Nasilenie objawów depresyjnych w zależności od czynników socjodemograficznych**Table 2.** Severity of depressive symptoms depending on socio-demographic factors

Zmienna	Nasilenie objawów depresyjnych			
	Brak lub obniżenie nastroju		Depresja umiarkowana lub ciężka	
	n	%	n	%
Wiek (lata)				
≤ 40 lat	4	24	13	76
41–55 lat	11	46	13	54
> 55 lat	7	32	15	68
Analiza statystyczna: $\chi^2 = 2,32$ ; $p = 0,31$				
Miejsce zamieszkania				
miasto	14	27	37	73
wieś	8	67	4	33
Analiza statystyczna: $\chi^2 = 6,57$ ; $p = 0,01^*$				
Stan cywilny				
w związku	19	50	19	50
wolny	3	12	22	88
Analiza statystyczna: $\chi^2 = 9,58$ ; $p = 0,002^*$				
Poziom wykształcenia				
podstawowe/ zawodowe	3	27	8	73
średnie	10	32	21	68
wyższe	9	43	12	57
Analiza statystyczna: $\chi^2 = 0,96$ ; $p = 0,62$				

\* – istotne statystycznie

waną i ciężką depresją w porównaniu ze starszymi ankietowanymi oraz badanymi z wykształceniem średnim (68%) i wyższym (57%). Wystąpiła istotna statystycznie zależność między miejscem zamieszkania ( $p = 0,01$ ) i stanem cywilnym ( $p = 0,002$ ) a analizowaną kwestią. Ankietowani pochodzący z miasta (73%) i stanu wolnego (88%) znacznie częściej uskarżali się na objawy umiarkowanej bądź ciężkiej depresji niż respondenci mieszkający na wsi (33%) i będący w związku (50%) (tab. 2).

Zauważono, że osoby o złej sytuacji materialnej nieznacznie częściej deklarowały umiarkowaną lub ciężką depresję (79%), w porównaniu z badanymi o lepszej kondycji finansowej. Nie uzyskano jednak istotnej statystycznie zależności między analizowanymi zmiennymi ( $p = 0,20$ ). Z kolei wykazano istotną statystycznie zależność między aktywnością zawodową a występowaniem depresji ( $p = 0,0002$ ). Ankietowani niebędący w chwili badania aktywni zawodowo częściej wskazywali na odczuwanie umiarkowanej lub ciężkiej depresji (81%) w porównaniu z osobami pracującymi (33%) (tab. 3).

**Tabela 3.** Nasilenie objawów depresyjnych w zależności od sytuacji materialnej i aktywności zawodowej**Table 3.** Severity of depressive symptoms depending on the financial situation and professional activity

Zmienna	Nasilenie objawów depresyjnych			
	Brak lub obniżenie nastroju		Depresja umiarkowana lub ciężka	
	n	%	n	%
Sytuacja materialna				
zła	3	21	11	79
przeciętna	12	33	24	67
dobra, bardzo dobra	7	54	6	46
Analiza statystyczna: $\chi^2 = 3,21$ ; $p = 0,20$				
Aktywność zawodowa				
tak	14	67	7	33
nie	8	19	34	81
Analiza statystyczna: $\chi^2 = 13,97$ ; $p = 0,0002^*$				

\* – istotne statystycznie

## Dyskusja

Przedmiotem zainteresowań badawczych była ocena wpływu czynników socjo-demograficznych na poziom depresji u osób leczonych z powodu choroby nowotworowej. Przeprowadzona analiza wykazała występowanie depresji umiarkowanej u ponad połowy respondentów (54%,  $n = 34$ ), a u blisko 1/10 ( $n = 7$ ) ciężką formę tego zaburzenia. Nasilenie objawów depresyjnych determinowały zmienne: miejsce zamieszkania, stan cywilny, aktywność zawodowa. Nie stwierdzono wpływu na analizowaną kwestię takich czynników, jak wiek, poziom wykształcenia, sytuacja materialna. Otrzymane wyniki porównano z innymi pracami podejmującymi podobną tematykę.

Część rezultatów osiągniętych w ramach autorskiej analizy pokrywa się z wynikami badań Baczewskiej i wsp. Ankietowani przez zespół pacjenci onkologiczni w 1/10 cierpieli na ciężką depresję, a 38,24% zmagало się z łagodniejszą formą zaburzenia. Wykazali istotne statystycznie zależności między nasileniem depresji a wiekiem, aktywnością zawodową, pochodzeniem społecznym badanych. Objawy depresji najrzadziej obserwowano w grupie osób w wieku 26–35 lat, aktywnych zawodowo i pochodzenia chłopskiego. Nasilenia depresji – tak samo jak w badaniach własnych – nie determinował poziom wykształcenia [14]. W historii badań w Polsce największą grupę – 3339 osób – poddano testom przy użyciu kwestionariusza BDI-I w sondażu Czapińskiego w latach 1991–1992. Czapiński donosi, że data urodzenia wyjaśniała aż

41% całkowitej wariancji natężenia objawów depresji psychicznej. Zależność depresji i wieku okazała się idealnie liniowo wprost proporcjonalna, czyli im wcześniejsza data urodzenia, tym wyższy wskaźnik depresji [15]. Problematyką kondycji psychicznej chorych na nowotwór zajmowali się Kurowska i wsp. Badacze określali poczucie koherencji (SOC) i depresyjności u pacjentów onkologicznych hospitalizowanych na Oddziale Radioterapii Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Wykazali silny, odwrotnie proporcjonalny związek między SOC a depresyjnością, który różnicowała sytuacja materialna i ogólny stan zdrowia badanych. Osoby o bardzo dobrej sytuacji materialnej osiągnęły najniższy poziom depresyjności. Im kondycja finansowa była gorsza, tym silniejsze było nasilenie objawów depresyjnych. Z kolei wiek, płeć, stan cywilny, miejsce zamieszkania, zatrudnienie nie determinowały poziomu SOC i stopnia depresji [16]. Tematyka zaburzeń psychicznych u chorych na nowotwór stanowiła przedmiot zainteresowań Nowickiego i Rządzkowskiej. Objawy depresji i lęk wystąpiły odpowiednio u 41% i 91% pacjentów. Badacze donoszą, że rozwój depresji i lęku wśród pacjentów onkologicznych warunkują takie czynniki, jak posiadanie dzieci i partnera, poziom wykształcenia. Wszyscy bezdzietni pacjenci zmagali się z depresją. Z powodu depresji rzadziej cierpieli pacjenci będący w związku i osoby z wykształceniem średnim. Z kolei nie wystąpiła zależność między nasileniem depresji i lęku a miejscem zamieszkania pacjentów [8]. Także w autorskiej analizie miejsce zamieszkania nie determinowało nasilenia objawów depresyjnych. Podobnie wykazano, że stan cywilny w sposób istotny wpływał na kondycję psychiczną chorych onkologicznie – osoby stanu wolnego (88%) znacznie częściej uskarżały się na objawy umiarkowanej bądź ciężkiej depresji niż respondenci będący w związku (50%).

Z kolei Mess i wsp. zauważyli, że występowanie objawów depresyjnych w grupie chorych na nowotwór płuca w większym stopniu przejawiały kobiety w porównaniu z mężczyznami [5]. W badaniach Adamczyk i wsp. nastrój depresyjny częściej przejawiały panie o wykształceniu zawodowym i niezdolne do aktywności zawodowej [17]. Zietalewicz i wsp. oceniali funkcjonowanie psychologiczne kobiet i mężczyzn z chorobą nowotworową. Kobiety w porównaniu z mężczyznami miały niższe poczucie własnej efektywności, częściej stosowały strategię radzenia sobie ze stresem opierające się na obwinianiu, wykazywały takie podejście do choroby, jak zaabsorbowanie lękiem, wysoka bezradność, beznadziejność, deklarowały większe natężenie depresji. Według badaczy interwencje psychologiczne wspierające proces leczenia raka

powinny uwzględniać specyfikę psychologicznego funkcjonowania mężczyzn i kobiet oraz być dostosowane do ich potrzeb [18]. Oceny poziomu lęku i depresji u kobiet z rakiem piersi podjęła się Stępień. Autorka donosi, że natężenie depresji na poziomie granicznym i wysokim dotyczyło 38,2% respondentek. Głównym determinantem emocjonalnej reakcji na chorobę nowotworową był wiek badanych. Pacjentki po 50. roku życia wykazywały istotnie wyższy poziom lęku niż młodsze ankietowane. Z kolei wykształcenie, stan cywilny, aktywność zawodowa i miejsce zamieszkania nie wpływały istotnie na kondycję psychiczną badanych [19]. Odmienne w kwestii wieku rezultaty uzyskano w badaniach własnych. Mimo że nie wystąpiła istotna statystycznie zależność między wiekiem a nasileniem objawów depresyjnych, zauważono, że respondenci do 40. roku życia (76%) częściej zmagali się z umiarkowaną i ciężką depresją w porównaniu ze starszymi ankietowanymi.

Polsky i wsp. porównywali ryzyko rozwoju depresji wśród chorych na raka, cukrzycę, nadciśnienie tętnicze, reumatoidalne zapalenie stawów, udar mózgu, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. Wykazali, że pacjenci onkologiczni mieli aż 3,5 razy większe ryzyko rozwoju zaburzeń depresyjnych niż pozostali chorzy [20]. Szwat i wsp. u 30% pacjentów onkologicznych objętych opieką paliatywną stwierdzili występowanie depresji i stanów granicznych depresji [3]. Podobne rezultaty osiągnęli de Walden-Gałaszko i wsp., którzy wskazali na występowanie zaburzeń depresyjnych u 1/3 spośród 1100 pacjentów onkologicznych. Najczęściej badani cierpieli na zespół depresyjno-lękowy dezadaptacyjny (44,9%). Rzadziej rozpoznawano dużą depresję (17,7%). Wszystkie zaburzenia depresyjne w przeważającej większości występowały u kobiet i osób młodych [2]. W badaniach Sobieralskiej-Michalak i wsp. u połowy ankietowanych nie stwierdzono objawów depresji. Żadna pacjentka nie cierpiała na ciężką formę tego zaburzenia. Pozostałe respondentki wskazywały na obniżony nastrój, będący na pograniczu słabej depresji [21]. Z kolei niemalże wszyscy badani przez Krzyżanowskiego i wsp. uzyskali wyniki świadczące o dużym prawdopodobieństwie wystąpienia u nich depresji [22]. Frączak porównywał nasilenie objawów depresyjnych w trzech grupach: I – po zabiegach operacyjnych w obrębie części twarzowej czaszki, II – z rozpoznaną białaczką, III – osoby zdrowe. Zaburzeń depresyjnych nie stwierdzono odpowiednio w grupie I u 55,8%, w grupie II u 87,8%, w grupie III u 92,3%. Z kolei depresję o rosnącym nasileniu odnotowano wśród 44,2% w grupie I, 12,2% w grupie II i 7,7% z grupy zdrowej. Analiza wykazała zależność między skalą depresji a wykształceniem. Zauważono, że objawy depresji

najrzadziej prezentowały osoby z wykształceniem wyższym we wszystkich analizowanych grupach [23]. Shankar i wsp. oceniali pacjentów onkologicznych pod kątem wystąpienia zaburzeń depresyjnych i lękowych. Blisko połowa chorych cierpiała na zaburzenia depresyjne. Wyższy stopień złośliwości (od wczesnego, zaawansowanego do przerzutu) wiązał się z nasileniem objawów depresyjnych. Obecność zaburzeń psychiatrycznych była związana z niskim statusem społeczno-ekonomicznym [24]. Mimo że w autorskiej analizie nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności między poziomem wykształcenia i sytuacją materialną a nasileniem objawów depresyjnych, zauważyć można, że wraz ze wzrostem wykształcenia i kondycji finansowej malał odsetek osób cierpiących na umiarkowaną i ciężką formę depresji.

## Wnioski

Przeprowadzona za pomocą kwestionariusza BDI analiza wykazała występowanie depresji umiarkowanej u ponad połowy respondentów (54%,  $n = 34$ ), a u blisko 1/10 ( $n = 7$ ) ciężką formę tego zaburzenia. Tylko 1/3 ( $n = 22$ ) badanych nie doświadczyła objawów depresji i uskarżała się wyłącznie na obniżenie nastroju.

Nasilenie objawów depresyjnych determinowały zmienne: miejsce zamieszkania, stan cywilny, aktywność zawodowa. Nie stwierdzono wpływu na analizowaną kwestię takich czynników, jak wiek, poziom wykształcenia, sytuacja materialna.

Choroba nowotworowa rzutuje na każdą sferę życia pacjenta. W związku z tym wobec pacjentów onkologicznych powinno być stosowane holistyczne podejście, oparte na współpracy różnych specjalistów.

## Oświadczenie

Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

## Piśmiennictwo

1. Stępień A, Trypka E. Zaburzenia psychiczne u chorych na nowotwory w wieku podeszłym. *Onkol Prakt Klin* 2012; 8: 45-51.
2. de Walden-Gałuszek K, Majkiewicz M, Zdun-Ryżewska A. Zaburzenia przystosowania do choroby nowotworowej – trudności diagnostyczne zespołów depresyjnych. *Psychoonkol* 2013; 1: 10-15.
3. Szwał B, Słupski W, Krzyżanowski D. Sposoby radzenia sobie z chorobą nowotworową a poczucie depresji i nasilenie bólu u chorych objętych opieką paliatywną. *Piel Zdr Publ* 2011; 1: 35-41.
4. Stępień R, Wiraszka G. Stan emocjonalny chorych po radykalnym leczeniu chirurgicznym nowotworów złośliwych. *Probl Pielęg* 2003; 1-2: 78-84.
5. Mess E, Palewicz M, Lisowska A i wsp. Występowanie depresji u pacjentów z nowotworem płuc. *Onkol Pol* 2006; 9: 154-157.
6. Trędzbor B. Zespoły psychopatologiczne. W: *Psychiatria. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa*. Krupka-Matuszczyk I, Matuszczyk M (red.). Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Katowice 2007; 29-34.
7. Kieszkowska-Grudny A. Dystres i depresja u chorych na nowotwory – diagnostyka i leczenie. *Oncol Review* 2012; 2: 246-252.
8. Nowicki A, Rządowska B. Depresja i lęk u chorych z nowotworami złośliwymi. *Współcz Onkol* 2005; 9: 396-403.
9. Sesiuk A, Rzepiela L. Wybrane zaburzenia psychiczne w przebiegu chorób nowotworowych. *Psychiatr Psychol Klin* 2016; 16: 21-26.
10. von Essen L, Enskar K, Kreuger A i wsp. Self-esteem, depression and anxiety among Swedish children and adolescents on and off cancer treatment. *Acta Paediatr* 2000; 89: 229-236.
11. Zawadzki B, Popiel A, Pragłowska E. Charakterystyka psychometryczna polskiej adaptacji Kwestionariusza Depresji BDI-II Aarona T. Becka. *Psychol Etol Genet* 2009; 19: 71-95.
12. Zając T. Struktura agresji i kontrola emocji u osób z rozpoznaniem depresji. *Psychiatr Psychoter* 2014; 10: 16-29.
13. Pużyński S, Wciórka J. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Wydawnictwo UWM „Vesalius”, Kraków 2007; 107-116.
14. Baczewska B, Kropornicka B, Drozd C, Olszak C. Ocena bólu, lęku i depresji u pacjentów hospitalizowanych z powodu choroby nowotworowej. *Przedz Zarz* 2013; 14: 7-21.
15. Czapiński J. Polski Generalny Sondaż Dobrostanu Psychicznego: Badania panelowe 1991–1992. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 1993.
16. Kurowska K, Dahms S, Głowacka M, Haor B. Poczucie koherencji a depresyjność u osób z chorobą nowotworową. *Psychogeriatr Pol* 2010; 7: 91-98.
17. Adamczyk N, Makara-Studzińska M, Sidor K i wsp. Problemy psychiczne i społeczne występujące u osób z rozpoznaniem nowotworowym, po zabiegach chemioterapii. *Eur J Med Technol* 2014; 3: 67-75.
18. Ziętałowicz U, Kulpa M, Stypuła-Ciuba BJ, Kosowicz M. Funkcjonowanie psychologiczne u kobiet i mężczyzn z chorobą nowotworową. *Med Paliat* 2014; 3: 145-150.
19. Stępień RB. Socio-demographic determinants of anxiety and depression levels of women after radical surgical treatment for breast cancer – mastectomy. *Probl Pielęg* 2007; 15: 20-25.
20. Polsky D, Doshi JA, Marcus S i wsp. Long-term risk for depressive symptoms after a medical diagnosis. *Arch Intern Med* 2005; 165: 1260-1266.
21. Sobieralska-Michalak K, Kowalska J, Tudorowska M. Rodzaje zabiegu a lęk, depresja i przystosowanie do choroby u kobiet z rozpoznaniem rakiem piersi. *Pol Forum Psychol* 2016; 21: 432-446.
22. Krzyżanowski D, Uchmanowicz I, Chybicka A i wsp. Ocena nasilenia bólu, jego charakteru i stresu bólowego oraz prawdopodobieństwo wystąpienia depresji u pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej. *Pol Med Rodz* 2004; 6: 85-92.
23. Frączak P. Wybrane aspekty jakości życia u chorych leczonych z powodu złośliwych nowotworów w obrębie części twarzowej czaszki. *Ann Acad Med Stetin* 2008; 54: 69-76.
24. Shankar A, Dracham C, Ghoshal S, Grover S. Prevalence of depression and anxiety disorder in cancer patients: An institutional experience. *Indian J Cancer* 2016; 53: 432-434.