

## ARTYKUŁ ORYGINALNY/ORIGINAL PAPER

Otrzymano/Submitted: 28.03.2012 • Poprawiono/Corrected: 05.06.2012 • Zaakceptowano/Accepted: 10.06.2012

© Akademia Medycyny

**Zróżnicowanie strategii radzenia sobie z nowotworem chorych w przebiegu wybranych nowotworów złośliwych*****Different strategies of managing neoplasia in the course of chosen cancers*****Grażyna Kozak**

Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Studium Doktoranckie, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

**Streszczenie**

**Wstęp.** Przedstawione opracowania dotyczą problematyki uwarunkowań osobowościowych i radzenia sobie chorobą nowotworową u chorych z wybranymi rodzajami raka. **Celem pracy** jest ustalenie związków między zasobami osobowościowymi (z uwzględnieniem stylów radzenia sobie ze stresem), wiekiem, a rodzajami nowotworów. Zmienne kontrolowane: wiek, płeć i rodzaj nowotworu. Rak jest niewątpliwie chorobą, która wzbudza silny stres i negatywne emocje. Szczególnie silny stres wiąże się z leczeniem chirurgicznym, dlatego wiedza psychologiczna jest bezwzględnie wymagana w zespole anestezjologicznym. Pozwala na dobór najbezpieczniejszych i najwłaściwszych metod znieczulenia z uwzględnieniem właściwości osobowych pacjenta. **Materiał i metody.** Badaniami objęci zostali pacjenci z różnymi nowotworami - rak żołądka, rak narządów rodnych, rak trzustki, rak jelita grubego, rak prostaty. W badaniach uczestniczyło łącznie 220 pacjentów, w tym 118 to kobiety i 102 mężczyźni, mieszkających na terenie Łodzi, pozostających w szpitalnej opiece paliatywnej i ambulatoryjnej w domu. Grupa badanych - niehomogeniczna w czasowej perspektywie zbierania danych. Średnia wieku - 58 lat. Zastosowano następujące techniki badawcze: Skalę Akceptacji Choroby (AIS) – Feltona, Skalę Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej – Mini-MAC, Skalę Poczucia Własnej Wartości – RSES. **Wnioski.** Wyniki badań pozwoliły na prezentację charakterystycznych dla chorych na raka strategii radzenia sobie ze stresem nowotworu. Najbardziej sprzyjającą procesowi zdrowienia jest strategia ducha walki, a także na pewnych etapach choroby strategia stoickej akceptacji, nazywanej także pozytywnym przewartościowaniem. Dwie pozostałe bezradność/beznadziejność i zaabsorbowanie lękowe są niekorzystne dla dalszego rokowania. *Anestezjologia i Ratownictwo 2012; 6: 162-170.*

*Słowa kluczowe: rak, akceptacja choroby, poczucie własnej wartości, radzenie sobie z nowotworem*

**Abstract**

**Background.** This studies are concerned with personal conditionings and managing neoplasia for people with different types of cancers. **The aim** of this research is establishing a relationship between personal resources (styles of coping with stress included) age, and types of neoplasia. Controlled factors: age, sex and type of neoplasia. Cancer is undoubtedly a disease, which can provoke considerable stress and negative emotions. This stress is particularly connected with surgical treatment, so the psychological knowledge is absolutely necessary for anaesthetists. Due to this knowledge we can choose the safest and the most appropriate anaesthetic methods, considering patient's personal characteristics. **Material and methods.** Patients with different cancers have been examined - stomach cancer, gynecological cancer, pancreatic cancer, colorectal cancer, prostate cancer. 220 patients have taken part in this research - 118 women and 102 men from Lodz, stayed in hospitals with palliative care and ambulatory

care at home. The group of examined people inhomogeneous during gathering information. The average age is 58 years old. Acceptance of Illness Scale (AIS), Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale (Mini-MAC), Rosenberg's Self-esteem Scale (RSES) has been used in this research. **Results.** The results have shown the strategies of coping with neoplasia-related stress. The best for recovery process is fighting spirit strategy and also- in certain stages of illness- stoic acceptance strategy. Helplessness/ hopelessness strategy and anxiousness strategy are unfavorable for prognosis. *Anestezjologia i Ratownictwo 2012; 6: 162-170.*

*Keywords: cancer, acceptance of illness, self-esteem, managing neoplasia*

## Wstęp

Historia walki z rakiem nie ogranicza się tylko do rozpoznania i leczenia, ale odzwierciedla panujące poglądy na człowieka, otoczenie i świat. Dlatego pisząc współcześnie o istocie raka należy, uwzględnić wiedzę nauk humanistycznych, a nie wyłącznie medycznych. Pokonywanie raka w znacznym stopniu zależy od nas samych. Znajomość sposobów zmagania się z do chorobą nowotworową jest niezbędna dla działania zespołów anestezjologicznych, zarówno w okresie przed- i pooperacyjnym. Przystosowanie się do choroby nowotworowej jest wykładnikiem umiejętności radzenia sobie ze stresem nowotworu, oraz jego bezpośrednimi konsekwencjami: złym samopoczuciem, bólem, cierpieniem czy osamotnieniem. Warto, zgodnie z nurtem psychologii pozytywnej, kształtować i rozwijać u ludzi (niezależnie od doświadczanych wydarzeń) kompetencje osobiste do radzenia sobie oraz tolerancję niepowodzeń i negatywnych emocji, a także wytrwałość i determinację w działaniu oraz optymistyczne nastawienie do życia [1]. Szczególną rolę w procesie przystosowania się do życia z nowotworem i wystąpienia zmian pozytywnych zdają się odgrywać aktywne sposoby radzenia sobie, to jest wyraźne nastawienie na walkę (pozytywne przewartościowanie, dyspozycyjny optymizm), a także poszukiwanie wsparcia zarówno instrumentalnego, jak i emocjonalnego. Wsparcie to związane jest przede wszystkim z dostrzeganiem nowych możliwości w życiu i poprawą relacji z innymi. Potencjał wsparcia stwarza możliwości ekspresji negatywnych emocji i otrzymania praktycznej pomocy po zdiagnozowaniu raka [2].

Przystosowanie się do choroby nowotworowej wyrażające się w akceptacji i stosowaniu konstruktywnych strategii radzenia sobie jest ważne nie tylko dla aktualnego stanu zdrowia, ale także dla bardziej odległych konsekwencji zdrowotnych [3].

Osoby dotknięte chorobą nowotworową ukazują

różnorodne sposoby reagowania wobec choroby. Autorka wielu prac naukowych prof. Krystyna De Walden Gałuszko twierdzi, że każdy wytwarza własną, subtelną konstelacją funkcji poznawczych, reakcji emocjonalnych i stereotypu zachowań. Ten rodzaj zachowań jest względnie trwałe, a chorzy posługują się nim na różnych etapach choroby [4]. Moorey i Greer przedstawiają pięć zasadniczych form przystosowania się do choroby nowotworowej:

- walczący duch odważny, aktywny, optymistycznie nastawiony niepoddający się;
- radzący sobie za pomocą mechanizmów obronnych - unikający tematu, zniekształcający, minimalizujący, zaprzeczający;
- fatalistyczny spokojnie godzi się z losem wyznając teorię *będzie, co ma być*;
- postawa bierności/beznadziejności (typ „helpless-hopeless”) łączona z lękiem i przygnębieniem;
- przejawiający lękowe zatroskanie, wyrażające się zagubieniem w drobiazgach, czasami przybierające formy hipochondryczne [5].

Wszyscy zgodnie podkreślają, że dwa ostatnie sposoby spośród wymienianych są najgorszymi formami przystosowania i znacznie obniżają indywidualną ocenę jakości życia.

Rozwijanie własnych zasobów, w tym optymistycznego nastawienia do życia, kształtowanie tolerancji, negatywnego afektu i zdolności mobilizowania się w sytuacjach trudnych jest niewątpliwie istotnym czynnikiem umożliwiającym przystosowanie się do choroby i zwiększającym efektywność radzenia sobie z nią, a co za tym idzie pozytywnych zmian w funkcjonowaniu jednostki [6-8].

## Cel pracy

Celem pracy było ustalenie związków między zasobami osobowościowymi (z uwzględnieniem stylów radzenia sobie ze stresem), wiekiem, stresem

a rodzajami nowotworów. Zmienne kontrolowane: wiek, poczucie własnej wartości, akceptacja choroby.

## Materiał i metody

Badaniami objęci zostali pacjenci z rozpoznanymi nowotworami - rak żołądka, rak narządów rodnych, rak trzustki, rak jelita grubego, rak prostaty. Chorzy przebywali w opiece paliatywnej w warunkach szpitalnych i opiece paliatywnej w domu. Badana grupa była niehomogeniczna, w zakresie odległości czasowej realizowanego badania (to jest od chwili rozpoznania do badania). Chorzy w bardzo wczesnym stadium choroby nie uczestniczyli w tym projekcie. Badanie polegało na indywidualnym spotkaniu z pacjentem, łączone było z działaniami wspierającymi i opiekuńczo-pielęgnacyjnymi. Kwestionariusz badań wypełniał autor projektu samodzielnie, po uzyskaniu odpowiedzi od chorego na zadane pytanie, według właściwego kwestionariusza. W badaniach uczestniczyło łącznie 220 pacjentów, w tym 118 kobiet i 102 mężczyzn. Średnia wieku wynosiła 58 lat.

Zastosowano następujące techniki badawcze: Skalę Akceptacji Choroby (AIS) - Feltona, Skalę Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej - Mini-MAC, Skalę Poczucia Własnej Wartości - RSES.

Skala Akceptacji Choroby (AIS) - Feltona mierzy stopień akceptacji choroby bez doświadczania negatywnych uczuć czy reakcji. Skala samooceny zawiera 8 stwierdzeń dotyczących opisu zdrowia i choroby, które badany ocenia w skali 5-stopniowej, od 1 - „*zdecydowanie zgadzam się*” do 5 - „*zdecydowanie nie zgadzam się*”. Suma wszystkich punktów jest miarą ogólnej akceptacji swojej choroby. Rozpiętość wyników wynosi od 8 (brak/skrajnie niska akceptacja/przystosowanie do choroby) do 40 (skrajnie wysoka akceptacja/przystosowanie do choroby). Brak jest norm i autorzy podają jedynie średnie wyniki u osób przewlekle chorych.

Skala przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej Mini-Mac (Mental Adjustment to Cancer) stosowana jest do pomiaru stylów radzenia sobie z chorobą, które traktowane są jako sposoby przystosowania się do choroby nowotworowej. Służy przede wszystkim do oceny reakcji na diagnozę choroby nowotworowej, lecz również zmian zachodzących w trakcie procesu leczenia i rehabilitacji. Może być wskaźnikiem jakości życia związanej z chorobą

Skala poczucia własnej wartości - RSES (Skala

Rosenberga) jest narzędziem krótkim i prostym w stosowaniu, stąd chętnie wykorzystywanym w badaniach dorosłych, zarówno chorych, jak i zdrowych. Brak norm niewątpliwie pomniejsza wartość skali. Polska adaptacja jest próbą dostosowania metody do ogólnie przyjętego wzorca. Spełnia podstawowe wymagania i może służyć badaniu uogólnionej samooceny wyrażającej nasilenie poczucia własnej wartości, które znacząco wpływa na nasze zachowania, w tym również zachowania związane ze zdrowiem.

Do obliczeń statystycznych wykorzystano program komputerowy SPSSPC oraz STATISTICA. Za miarę siły związku między zmiennymi (wiek, poczucie własnej wartości i akceptacja choroby, a stylami radzenia sobie z nowotworem) przyjęto wartości współczynnika korelacji Pearsona. Do określenia różnic między średnimi wykorzystano test F oraz jednoczynnikową analizę wariancji.

## Wyniki badań i omówienie

Prezentację wyników badań przedstawiono kolejno w tabelach i omówieniu.

Dane przedstawione w tabeli 1 wskazują związek poczucia własnej wartości, ze stylami radzenia sobie. Im niższe poczucie własnej wartości, tym większe nasilenie zaabsorbowania lękowego i bezradności, beznadziejności w chorych z rakiem żołądka. Akceptacja choroby koreluje ze wszystkimi stylami radzenia sobie. W miarę wzrostu akceptacji choroby, rośnie stopień natężenia ducha walki i stoickiej akceptacji, a maleje poziom nasilenia zaabsorbowania lękowego i bezradności, beznadziejności, u pacjentów z diagnozą raka żołądka. Wiek nie determinuje, żadnego ze stylów zmagania się.

Dane przedstawione w tabeli 2 ukazują korelacje stylów radzenia sobie z nowotworem i akceptacją choroby u kobiet z rakiem narządów rodnych.

Im wyższa akceptacja choroby tym, większe nasilenie ducha walki i stoickiej akceptacji i tym mniejsze natężenie zaabsorbowania lękowego i bezradności, beznadziejności.

Wiek koreluje jedynie ze stylem stoickiej akceptacji. Im starsze kobiety, tym większe natężenie tego stylu zmagania się z chorobą. Poczucie własnej wartości nie wpływa na żaden ze stylów radzenia sobie.

Dane przedstawione w tabeli 3 ukazują związki pomiędzy wiekiem chorych z rakiem trzustki, a stylami radzenia sobie z nowotworem. Wraz z wiekiem

Tabela 1. Współczynniki korelacji między wiekiem, poczuciem własnej wartości i akceptacją choroby, a stylami radzenia sobie z nowotworem w populacji badanych chorych z rakiem żołądka

Table 1. Correlation between age, self-esteem, acceptance of the disease and styles of coping with neoplasia for people with stomach cancer

L.p.	Zmienna	Style radzenia sobie			
		zaabsorbowanie lękowe	duch walki	beznadziejność, beznadziejność	stoicka akceptacja
1.	wiek	0,07	0,13	0,06	0,15
2.	poczucie własnej wartości	0,45 **	- 0,19	0,37 *	- 0,13
3.	akceptacja choroby	- 0,72 **	0,36 *	- 0,39 *	0,35 *

\* poziom istotności - 0,01

\*\* poziom istotności - 0,00

Tabela 2. Współczynniki korelacji między wiekiem, poczuciem własnej wartości i akceptacją choroby, a stylami radzenia sobie z nowotworem u chorych z rakiem narządów rodnych

Table 2. Correlation between age, self-esteem, acceptance of the disease and styles of coping with neoplasia for people with gynecological cancer

L.p.	Zmienna	Style radzenia sobie			
		zaabsorbowanie lękowe	duch walki	beznadziejność, beznadziejność	stoicka akceptacja
1.	wiek	- 0,06	0,03	- 0,04	0,44*
2.	poczucie własnej wartości	0,05	- 0,09	0,25	- 0,25
3.	akceptacja choroby	- 0,55**	0,70**	- 0,58**	0,59**

\* poziom istotności - 0,01

\*\* poziom istotności - 0,00

Tabela 3. Współczynniki korelacji między wiekiem, poczuciem własnej wartości i akceptacją choroby, a stylami radzenia sobie u chorych z rakiem trzustki

Table 3. Correlation between age, self-esteem, acceptance of the disease and styles of coping with neoplasia for people with pancreatic cancer

L.p.	Zmienna	Style radzenia sobie			
		zaabsorbowanie lękowe	duch walki	beznadziejność, beznadziejność	stoicka akceptacja
1.	wiek	- 0,52**	- 0,08	- 0,40*	- 0,05
2.	poczucie własnej wartości	0,26	- 0,02	0,22	- 0,16
3.	akceptacja choroby	- 0,80**	0,35*	- 0,75**	0,25

\* poziom istotności - 0,01

\*\* poziom istotności - 0,00

zmniejsza się natężenie zaabsorbowania lękowego i beznadziejności, beznadziejności.

Akceptacja choroby w tej populacji chorych, wykazuje związek z trzema spośród czterech stylów radzenia sobie. Im wyższa akceptacja choroby, tym wyższe natężenie ducha walki i niższe nasilenie zaabsorbowania lękowego i beznadziejności, beznadziejności.

Poczucie własnej wartości nie koreluje z żadnym ze stylów radzenia sobie.

Dane przedstawione w tabeli 4 wskazują na związek między stylami radzenia sobie, a wiekiem pacjentów z rakiem jelita grubego polegający na tym, że im starsi pacjenci, tym większe natężenie stylu ducha walki.

Tabela 4. Współczynniki korelacji między wiekiem, poczuciem własnej wartości i akceptacją choroby, a stylami radzenia sobie u chorych z rakiem jelita grubego

Table 4. Correlation between age, self-esteem, acceptance of the disease and styles of coping with neoplasia for people with colorectal cancer

L.p.	Zmienna	Style radzenia sobie			
		zaabsorbowanie lękowe	duch walki	bezzadność, beznadziejność	stoicka akceptacja
1.	wiek	0,30	0,37*	- 0,29	0,21
2.	poczucie własnej wartości	0,41*	- 0,55**	0,24	- 0,01
3.	akceptacja choroby	- 0,58*	0,37*	- 0,55**	0,47**

\* poziom istotności - 0,01

\*\* poziom istotności - 0,00

Tabela 5. Współczynniki korelacji między wiekiem, poczuciem własnej wartości rakiem prostaty

Table 5. Correlation between age, self-esteem, acceptance of the disease and styles of coping with neoplasia for people with prostate cancer


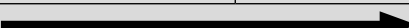


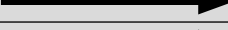
L.p.	Zmienna	Style radzenia sobie			
		zaabsorbowanie lękowe	duch walki	bezzadność, beznadziejność	stoicka akceptacja
1.	wiek	0,55**	- 0,62**	0,64**	- 0,40*
2.	poczucie własnej wartości	0,07	0,26	0,10	0,32
3.	akceptacja choroby	- 0,13	- 0,38*	0,37*	- 0,31

\* poziom istotności - 0,01

\*\* poziom istotności - 0,00

Tabela 6. Poczucie własnej wartości, akceptacja choroby i style radzenia sobie z nowotworem w zależności od rodzaju choroby nowotworowej

Table 6. Self-esteem, acceptance of the disease and styles of coping with neoplasia according to different types of neoplasia

L.p.	Rodzaje zmiennych	Rak żołądka	Rak narządów rodnych	Rak trzustki	Rak jelita grubego	Rak prostaty
		1	2	3	4	5
1		1 > 3;4	2 > 3;4			5 > 1;2;3;4
2			2 > 1;3;4			
3		1 > 2		3 > 2	4 > 2	5 > 1;2;3;4
4		1 > 3;5	2 > 1;3;4;5		4 > 3;5	
5		1 > 2		3 > 2	4 > 2	5 > 1;2;3;4
6		1 > 3	2 > 1;3;4;5			

Poczucie własnej wartości, koreluje z dwoma różnymi stylami radzenia sobie z chorobą nowotworową. Im niższe poczucie własnej wartości, tym większe nasilenie zaabsorbowania lękowego i tym mniejsze natężenie ducha walki.

Akceptacja choroby u pacjentów z rakiem jelita grubego koreluje ze wszystkimi stylami radzenia sobie. Im wyższe umiejętności akceptowania choroby, tym większe natężenie ducha walki i stoickiej akceptacji i tym mniejsze nasilenie zaabsorbowania lękowego

i bezradności, beznadziejności.

Dane przedstawione w tabeli 5 wskazują na istotną zależność między wiekiem, a stylami radzenia sobie u chorych z rakiem prostaty. Im starsi mężczyźni tym większe natężenie zaabsorbowania lękowego i bezradności, beznadziejności, a mniejsze nasilenie ducha walki i stoickiej akceptacji.

Poczucie własnej wartości nie wpływa na żaden ze stylów radzenia.

Akceptacja choroby koreluje z dwiema różnymi stylami zmagania się z chorobą. W miarę wzrostu akceptacji zmniejsza się natężenie ducha walki i nasila się poczucie bezradności, beznadziejności.

Kolejny etap analizy statystycznej poświęcono na ustalenie różnic w zakresie poczucia własnej wartości, akceptacji choroby oraz stylów radzenia sobie z nowotworem między pacjentami z różnymi rodzajami nowotworów.

Poziom istotności tych różnic określono za pomocą testu - F.

Dane przedstawione w tabeli 6 wskazują zależności w zakresie: poczucia własnej wartości, akceptacji choroby i stylów zmagania się z nowotworem w zależności od rodzaju choroby nowotworowej. Średnie wartości tych zmiennych przedstawiono w tabeli 7, a stopień ich różnicowania omówiono w opisie do tej tabeli.

Z informacji z tabel 6 i 7 wynika, że najniższe poczucie własnej wartości wykazują chorzy z rakiem

prostaty, w porównaniu do wszystkich pozostałych pacjentów. Podobnie niskie poczucie własnej wartości prezentują chorzy z rakiem żołądka i rakiem narządów rodnych w porównaniu do chorych z rakiem trzustki i rakiem jelita grubego

Najwyższy poziom akceptacji choroby, czyli najlepsze umiejętności przystosowania się do choroby nowotworowej posiadają kobiety z rakiem narządów rodnych w porównaniu do chorych z rakiem jelita grubego, rakiem żołądka i rakiem trzustki. Akceptacja choroby w innych grupach nowotworów nie wykazuje różnic istotnych statystycznie.

Najwyższe nasilenie stylu zaabsorbowania lękowego prezentują mężczyźni z rakiem prostaty w porównaniu do wszystkich pozostałych chorych badanej populacji. Także większe natężenie tego stylu występuje u chorych z rakiem żołądka, rakiem trzustki, rakiem jelita grubego w porównaniu do kobiet z rakiem narządów rodnych.

Najwyższy poziom ducha walki występuje u kobiet z rakiem narządów rodnych w porównaniu do wszystkich pozostałych badanych pacjentów, także większe nasilenie tego stylu zmagania się z nowotworem występuje u chorych z rakiem żołądka i jelita grubego w porównaniu do chorych z rakiem trzustki i prostaty.

Styl bezradności, beznadziejności występuje w największym natężeniu u chorych z rakiem prostaty, w porównaniu ze wszystkimi pozostałymi pacjentami

Tabela 7. Średnie wartości poczucia własnej wartości, akceptacji choroby i stylów radzenia sobie z nowotworem u pacjentów w poszczególnych rodzajach nowotworów

Table 7. Average values of self-esteem, acceptance of the disease and styles of coping with neoplasia for people with different types of cancers

Rodzaje zmiennych		Rak żołądka	Rak narządów rodnych	Rak trzustki	Rak jelita grubego	Rak prostaty	Ogółem
poczucie własnej wartości	M	23,73	23,98	20,80	21,09	27,50	23,43
	SD	6,11	5,70	7,52	6,97	3,10	6,48
akceptacja choroby	M	16,87	21,93	18,23	16,58	19,41	18,60
	SD	5,59	6,00	9,13	7,42	5,65	7,10
zaabsorbowanie lękowe	M	22,84	18,34	22,43	21,72	25,61	12,20
	SD	5,52	4,26	6,30	6,55	3,67	5,82
duch walki	M	19,62	23,95	15,43	19,37	15,68	18,81
	SD	5,82	4,35	5,01	5,32	5,06	5,98
bezradność, beznadziejność	M	20,98	13,70	21,22	19,16	24,32	19,89
	SD	5,68	5,36	5,10	7,41	5,21	6,74
stoicka akceptacja	M	17,98	21,75	15,52	17,44	16,89	17,91
	SD	5,96	4,86	4,92	5,13	4,48	5,47

M – odchylenie średnie

SD – odchylenie standardowe

z rozpoznaniem choroby nowotworowej. Także chory z rakiem żołądka, rakiem trzustki i rakiem jelita grubego posiadają większe nasilenie bezradności, beznadziejności w porównaniu z kobietami z rakiem narządów rodnych.

Styl stoickiej akceptacji nazywany również pozytywnym przewartościowaniem występuje w największym natężeniu u kobiet z rakiem narządów rodnych w porównaniu ze wszystkimi pozostałymi pacjentami. Pacjenci z rakiem żołądka charakteryzują się większym natężeniem tego stylu w porównaniu do chorych z rakiem trzustki.

## Dyskusja i wnioski

Pierwszą analizowaną grupą chorych byli pacjenci z rakiem żołądka. Akceptacja choroby jest zmienną korelującą ze wszystkimi stylami radzenia sobie z chorobą w grupie chorych z rakiem żołądka. W miarę wzrostu akceptacji choroby, wzrasta natężenie ducha walki i stoickiej akceptacji, a maleje nasilenie zaabsorbowania lękowego i bezradności, beznadziejności. W literaturze określa się tę grupę chorych, jako pacjentów z nowotworem dieto-zależnym, to jest dotyczącym przewodu pokarmowego, dla którego kluczowe znaczenie w etiopatologii odgrywa stosowana dieta [9].

Akceptacja choroby przez kobiety z rakiem dróg rodnych jest związana ze wszystkimi stylami radzenia sobie z chorobą i okazała się zmienną najbardziej determinującą ten proces. Można przyjąć, że kobiety wykazują lepsze przystosowanie się do choroby nowotworowej, co wyraża się między innymi w mniejszym natężeniu negatywnych reakcji i emocji związanych z chorobą i mniejszym poczuciem dyskomfortu psychicznego. Im wyższa akceptacja choroby, tym większe natężenie ducha walki i stoickiej akceptacji i tym mniejsze natężenie zaabsorbowania lękowego i bezradności, beznadziejności. Akceptacja choroby jest traktowana jako emocjonalny wyznacznik funkcjonowania w chorobie. Te pozytywne zmiany dotyczą większego poczucia kompetencji, doceniania życia, lepszych relacji z innymi [10].

Trzeci rodzaj choroby nowotworowej obejmuje chorych z rakiem trzustki. W tej grupie chorych stwierdzono, że im starsi pacjenci, tym mniejsze natężenie zaabsorbowania lękowego i bezradności, beznadziejności. Podobny związek w tej grupie chorych opisał również Juczyński Z. Uważa się również, że typowym dla nich sposobem radzenia sobie jest stosownie

mechanizmów obronnych – represji, wypierania, zaprzeczania [11]. Zdaniem Bahnsona i wsp. to właśnie represja i zaprzeczanie mają kluczową rolę w rozwoju raka, także trzustki [12].

Poczucie własnej wartości u chorych z rakiem trzustki nie jest związane z żadnym ze stylów radzenia sobie.

Akceptacja choroby w tej grupie chorych jest związana z trzema, spośród czterech stylów radzenia sobie z chorobą. Im wyższa akceptacja choroby, tym większe natężenie ducha walki i mniejsze nasilenie zaabsorbowania lękowego i bezradności, beznadziejności. Rak trzustki jest specyficznym rodzajem nowotworu. W zależności od jego umiejscowienia można go określać zarówno jako dieto-, jak i hormono-zależnym, stąd mogą wynikać rozbieżności interpretacyjne. Proces radzenia sobie ma charakter dynamiczny i wiąże się z różnymi strategiami, których stosowanie zależy od czasu trwania choroby [13].

Kolejny nowotwór to rak jelita grubego. W tej grupie chorych ustalono, że istnieje związek między wiekiem a stopniem natężenia stylu ducha walki - wraz z wiekiem wzrasta nasilenie tego stylu radzenia.

Poczucie własnej wartości chorych na raka jelita grubego wykazuje związek ze stylem zaabsorbowania lękowego i ducha walki. Im niższe poczucie własnej wartości (wyższy wynik), tym większe nasilenie zaabsorbowania lękowego i tym mniejsze natężenie ducha walki. Powaga choroby i towarzyszące jej emocje pociągają, również głównie u starszych osób, pozytywne zmiany w zakresie większego doceniania życia [14].

Ostatnią poddaną analizie grupę pacjentów stanowią mężczyźni z rakiem prostaty. W tej grupie wiek okazał się zmienną najbardziej różnicującą wszystkie style radzenia sobie z nowotworem. Wraz z wiekiem rośnie natężenie destruktywnych stylów radzenia sobie z chorobą, tj. zaabsorbowania lękowego i bezradności, beznadziejności oraz zmniejsza się nasilenie konstruktywnych stylów radzenia sobie, tj. ducha walki i stoickiej akceptacji. Można zatem sformułować wniosek, że bardziej bezradni i bezsilni wobec choroby są starsi mężczyźni.

Poczucie własnej wartości nie determinuje żadnego ze stylów radzenia sobie z nowotworem w tej grupie chorych.

Akceptacja choroby tej grupy jest związana z dwoma różnymi stylami radzenia sobie z chorobą. Im lepsza akceptacja choroby, tym niższe natężenie ducha walki i tym większe nasilenie bezradności, bez-

nadziejności. Są to związki odmienne od opisywanych w literaturze. Rak prostaty jest nowotworem hormono-zależnym, to jest nowotworem, w przypadku którego hormony pełnią funkcję stymulującą lub hamującą jego rozwój. Zgodnie z literaturą źródłową, powinny tu dominować style konstruktywnego charakteru zmagania się z chorobą, tj. ducha walki i pozytywnego przewartościowania, czyli stoickiej akceptacji, a nie stylów typu destruktywnego [15].

Wyniki badań pozwoliły na prezentację charakterystycznych dla chorych na raka strategii radzenia sobie ze stresem nowotworu. Najbardziej sprzyjającą procesowi zdrowienia jest strategia ducha walki, a także na pewnych etapach choroby strategia stoickiej akceptacji, nazywanej również pozytywnym przewartościowaniem. Dwie pozostałe są niekorzystne dla dalszego rokowania. Umiejętność radzenia sobie z chorobą jest wypadkową wielu różnych czynników, które w mniejszym lub większym stopniu kształtują postawę chorego wobec zagrożenia, jakim jest nowotwór. Sposób radzenia sobie z chorobą nowotworową uwarunkowany jest zmiennymi osobowościowymi i środowiskowymi, traktowany jest jako zmienna modyfikująca związek stresu i choroby nowotworowej. Czynniki osobowe i emocjonalne, w tym głównie doświadczenie negatywnych emocji, rzadkie pozytywne, zamartwianie się, pesymizm, obniżone samopoczucie, niski poziom poczucia własnej wartości i brak umiejętności korzystania ze wsparcia są zarówno czynnikiem ryzyka wystąpienia choroby nowotworowej, ale także zdecydowanie pogarszają proces radzenia

sobie z jej trudami. Strategie radzenia sobie z chorobą można utożsamiać z formami przystosowania się do choroby, lepsze przystosowanie idzie w parze z wyższymi wskaźnikami przeżycia [16].

Realizacja tego i podobnych projektów zdecydowanie różni się od standardowych badań naukowych, nie tylko pod względem stosowanych metod badawczych, ale także na ogół nie pozwala na uwzględnienie powszechnych zasad randomizacji (niezmiernie trudna grupa badanych, najczęściej są to osoby w zejściowym stanie choroby nowotworowej). Upływ czasu i kontekst sytuacyjny niewątpliwie jest także zmienną zakłócającą.

Utrudnia to formułowanie wniosków ogólnych z metaanalizy wielu publikacji o tej tematyce.

Znajomość tych zagadnień jest jednak nieodzowna dla zespołu anestezjologicznego na każdym etapie działań i dlatego konieczny jest proces dalszej eksploracji badań naukowych w tym zakresie.

Adres do korespondencji:

Grażyna Kozak

ul. Dostojewskiego 12/18; 92-507 Łódź

☎ (+48) 506 047 770

✉ gr.kozak@gmail.com

#### Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Źródła finansowania wykonanej pracy naukowej: wyłącznie przez autora.

#### Piśmiennictwo

- Ogińska Bulik N. Rola prężności psychicznej kobiet w przystosowaniu się do choroby nowotworowej. *Psychoonkologia* 2011;15:1:2-9.
- Lechner SC, Zakowski SG, Antoni MH, Greenhawt M, Block K, Block P. Do sociodemographic and disease-related variables influence benefit-finding in cancer patients? *Psychooncology* 2003;12:491-9.
- Herschbach P, Keller M, Knight L, Brandt T, Huber B, Henrich G, et al. Psychological problems of cancer patients: cancer distress screening with a cancer-specific questionnaire. *Br J Cancer* 2004;91:504-11.
- Ogińska Bulik N, Kozak G. Akceptacja choroby jako wyznacznika radzenia sobie z chorobą nowotworową u pacjentów opieki paliatywnej. *Psychoonkologia* 2002;6:21-5.
- Moorey S, Greer S. *Psychological therapy for patients with cancer*. Oxford: Heinemann Medical Books; 1989.
- Bussell V, Naus M. A longitudinal investigation of coping and posttraumatic growth in breast cancer survivors. *J Psychosoc Oncol*; 2010;28:61-78.
- Cohn M, Fredrickson B, Brown S, Mikels J, Conway A. Happinessunpaced: Positive emotions increase life satisfaction by building resilience. *Emotion* 2009;9:364-8.
- White B, Driver S, Warren P. Resilience and indicators of adjustment during rehabilitation from a spinal cord injury. *Rehabil Psychol*



- 2010;55:23-32.
9. Juczyński Z, Ogińska Bulik N, Kozak G. Wyznaczniki satysfakcji z życia chorych onkologicznie. W: Aktualności psychosomatyki okresu rozwojowego i dorosłości. Szewczyk L, Kulik A (red.). Lublin: Wydawnictwo Prokurat; 2007.
  10. Ogińska Bulik N, Juczyński Z. Rozwój potraumatyczny charakterystyka i pomiar. *Psychiatria* 2010;7:1:129-42.
  11. Juczyński Z. Radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową. W: De Walden Gałuszko K (red.). *Psychoonkologia*. Kraków: Wydawnictwo Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego; 2000.
  12. Bahnson C, Bahnson M, Wardwell W. A psychological study of cancer: Abstracts. *Psychosomatic Medicine* 1991;5:53-85.
  13. Bussel V, Naus M. A longitudinal investigation of coping and posttraumatic growth in breast cancer survivors. *J Psychosoc Oncol* 2010;28:61-78.
  14. Ogińska Bulik N. Potraumatyczny rozwój w chorobie nowotworowej. *Polskie Forum Psychologiczne* 2010;15:2:125-39.
  15. Juczyński Z, Ogińska Bulik N, Kozak G. Wyznaczniki satysfakcji z życia chorych onkologicznie. W: Aktualności psychosomatyki okresu rozwojowego i dorosłości. Szewczyk L, Kulik A (red.). Lublin: Wydawnictwo Prokurat; 2007.
  16. Denollet J. DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition and type D personality. *Psychosom Med* 2005;67:89-97.