

Problemy psychiczne i społeczne występujące u osób z rozpoznaniem nowotworowym, po zabiegach chemioterapii

Mental and social problems occurring in people diagnosed with cancer after chemotherapy

Mgr Natalia Adamczyk¹,
dr hab. n. med. Marta Makara-Studzińska²,
dr n. med. Katarzyna Sidor²,
Weronika Pucek¹, Anita Wdowiak¹

¹ Pracownia Technik Diagnostycznych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Polska

² Zakład Psychologii Stosowanej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Polska

Streszczenie

Choroba nowotworowa, po chorobach układu krążenia, jest drugą przyczyną zgonów wśród populacji krajów rozwijających się, a w Polsce każdego roku z jej powodu umiera ponad 45 tys. mężczyzn i niemal 35 tys. kobiet.

Niniejsza praca stanowi próbę wyodrębnienia najczęstszych objawów sfery psychicznej występujących u pacjentów z nowotworami poddanych cykлом chemioterapii. Pozwoli to być może zrozumieć w pewien sposób przyczyny występowania danych problemów u tej grupy chorych i umożliwi szybkie ich rozwiązanie dla zapewnienia jak najwyższego komfortu życia.

**European Journal
of Medical Technologies**
2014; 3(4): 67-75

Copyright © 2014 by ISASDMT
All rights reserved
www.medical-technologies.eu
Published online 12.11.2014

Adres do korespondencji:

Pracownia Technik Diagnostycznych,
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, 20-081
Lublin ul. Staszica 4,
tel. 81 448 68 20
Zakład Psychologii Stosowanej, Uniwersytetu Medycznego w Lublinie,
ul. Chodzki 15, 20-093
Lublin, tel. 81 7186592,
fax 81 7186592

W niniejszej pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, ankietą. Metoda ta umożliwiła dokładne poznanie objawów w sferze psychicznej grupy chorych leczonych chemioterapią. Przydatną stała się również metoda obserwacji oraz wywiad.

Badania przeprowadzone zostały w następujących placówkach: Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie (Klinika Pneumonologii, Onkologii i Alergologii), Samodzielny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie (Klinika Hematologii i Transplantacji Szpiku oraz Klinika Chirurgii Onkologicznej), Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Lublinie (Pododdział Onkologiczny). Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej.

Analiza statystyczna wykazała, że ankietowani na początku leczenia mieli istotnie bardziej pozytywne nastawienie do leczenia w porównaniu z oceną w trakcie leczenia, ($p=0,008$). Stwierdzono natomiast, że w trakcie leczenia ankietowani w większym stopniu dążyli do unikania kontaktów z rodziną lub przyjaciółmi niż na początku leczenia ($p=0,009$). Analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic pomiędzy okresami w ocenie odczuwania strachu, smutku oraz bezradności.

Badania własne wykazały, iż duży odsetek ankietowanych (42,50%) odczuwał lęk przed leczeniem, będąc na początku terapii, oceniając go jako czasami występujący. Większy odsetek badanych odczuwał smutek i przygnębienie w trakcie leczenia.

Słowa kluczowe:

problemy psychiczne,
problemy społeczne,
nowotwory,
chemioterapia

Abstract

Cancer, after cardiovascular disease, is the second leading cause of death among the population in developing countries and in Poland over 45 000 men and almost 35 000 women are dying because of that every year.

This paper is an attempt to extract the most common psychiatric symptoms experienced by patients with cancer undergoing chemotherapy cycles. This may allow to understand in some way the cause of these problems in this group of patients and enable timely solution to ensure a high quality of life.

In this paper, a diagnostic survey method, a questionnaire, was used. This method allowed to know precisely the symptoms in the mental sphere in the group of patients treated with chemotherapy. An observational method and interview were also useful.

The study was carried out in the following places: Autonomous Public Teaching Hospital No. 4 in Lublin (Division of Pneumology, Oncology and Allergology), Autonomous Teaching Hospital No. 1 in Lublin (Division of Hematology-Oncology and Bone Marrow Transplantation, and Division of Surgical Oncology), Regional Specialist Hospital in Lublin (Subdivision of Oncology). The results were statistically analyzed.

Statistical analysis showed that the respondents at the beginning of the treatment had significantly more positive attitudes to treatment, compared with

Key words:

mental health
problems, social
problems, cancer,
chemotherapy

the assessment in the course of treatment ($p = 0.008$). It was found out, however, that during the treatment respondents sought to avoid contact with family or friends to a greater extent than at the beginning of the treatment ($p = 0.009$). Statistical analysis showed no significant difference between the periods in the assessment of fear, sadness, and helplessness experience.

Our study showed that a large percentage of respondents (42.50%) felt fear of treatment being at the beginning of therapy, assessing it as occurring at times. A larger percentage of respondents felt sadness and depression during the treatment.

Wstęp

Choroba nowotworowa – słowa te towarzyszą ludzkości od wielu lat, choć niewątpliwie różnie były rozumiane i opisywane. Jest ona, po chorobach układu krążenia, drugą przyczyną zgonów wśród populacji krajów rozwijających się, a w Polsce każdego roku z jej powodu umiera ponad 45 tys. mężczyzn i niemal 35 tys. kobiet. Fakty te i liczby paraliżują każdego, a nowotwór, budząc skrajne emocje – od lęku, niepewności, żalu, gniewu czy niedowierzania – dla wielu jest niemal synonimem niekończącego się cierpienia i bliskiej śmierci.

Leczenie niesie za sobą szereg działań ubocznych, które upośledzają funkcje biologiczne organizmu, doprowadzają często do trwałych zmian psychicznych. W sytuacji zmagania się z chorobą pacjent nie pozostaje jednak sam. Towarzyszy mu zespół leczący i rodzina, których wspólnym celem staje się pomoc choremu w przezwyciężeniu choroby.

Niniejsza praca stanowi próbę wyodrębnienia najczęstszych objawów sfery psychicznej występujących u pacjentów z nowotworami poddanych cyklowi chemioterapii. Pozwoli to być może zrozumieć w pewien sposób przyczyny występowania danych problemów u tej grupy chorych i umożliwi szybkie ich rozwiązanie dla zapewnienia jak najwyższego komfortu życia.

Badania ekspertów wciąż potwierdzają fakt, iż nowotwory złośliwe są drugą po chorobach układu krążenia przyczyną zgonów w Polsce. Liczba zachorowań stale rośnie. W 1963 roku wynosiła ona 34 500, a w 2004 roku 89 815 z przeważającym odsetkiem mężczyzn. Wzrost ten wynika głównie ze

zwiększenia liczby ludności, zwłaszcza po 50. roku życia, nadmiernej ekspozycji na czynniki rakotwórcze czy chociażby rozpowszechniania zachowań sprzyjających rozwojowi raka [1].

W populacji dzieci i młodzieży do 18. roku życia choroby nowotworowe stanowią przyczynę ok. 2% zgonów ogółem, a umieralność systematycznie zmniejsza się przy utrzymującym się wzroście zapadalności. Najczęstszymi nowotworami w tej grupie wiekowej są w Polsce białaczki i chłoniaki [2].

Chemioterapia to jedna z młodszych gałęzi onkologii, jednocześnie najczęściej wykorzystywana metoda leczenia systemowego. Polega na podawaniu cytostatyków w schematach jedno- lub wielolekowych powtarzanych cyklicznie, najczęściej drogą dożylną. Ważną zasadą przy tej formie leczenia jest, by rozpocząć ją we wczesnym okresie choroby, bowiem wtedy ze względu na mniejszą liczbę komórek nowotworowych istnieje większa wrażliwość na chemioterapię i tym samym większa szansa powodzenia terapii. Istotnym jest również odpowiednio długotrwałe stosowanie największych tolerowanych dawek cytostatyków z pewnymi przerwami zamiast ciągłej terapii mniejszymi dawkami [3,4].

W świadomości społeczeństwa zarówno choroba nowotworowa, jak i powikłania związane z jej leczeniem nadal budzą negatywne emocje. Trudno jest opisać w kilku zdaniach, co czuje chory na raka człowiek. Różnice indywidualne sprawiają, że każdy przeżywa swój „dramat” w różny sposób i różnie sobie z tym „dramatem” radzi. Często również brak rzetelnej wiedzy buduje i pogłębia nieprzystosowane postawy emocjonalne wobec choroby i leczenia

[5,6,7]. Wzoruując się na spostrzeżeniach Blumenfelda i Tiamsona, możemy wyróżnić następujące etapy reakcji pacjenta na wiadomość o chorobie nowotworowej:

- **Wyparcie, zaprzeczenie** jest etapem nadmiernej wrażliwości, wyparcia niektórych zdarzeń, informacji ze świadomości, snucie nierealnych planów na przyszłość bez okazywania stresu emocjonalnego.
- **Złość, gniew**, odrzucanie pomocy, niekiedy chęć przerwania terapii.
- **Targowanie się** z losem, Bogiem. Chorzy składają obietnice bycia lepszym za pomoc w wyzdrowieniu, idealizują osoby, w których pokładają nadzieję.
- **Depresja** – poczucie smutku, bezużyteczności, porażki, traktowanie choroby jako kary za grzechy.
- **Akceptacja** – osiągają ją pacjenci po przezwycięzeniu fazy depresji, godzą się na to, co ich czeka, jedni są spokojni, wielu jednak popada w rezygnację [8].

Nadal najczęstszym i najwcześniej pojawiającym się stanem towarzyszącym chorym jest lęk, będący pewnym tłem, zaczątkiem innych przeżyć i stanów, jak depresja, różne formy agresji, radość, nadzieja. Stany lęku, niepewności kojarzą się głównie z przykrością, pewnym zagrożeniem. Tymczasem mają one pewne plusy, chociażby efekt ostrzeżenia, sygnalizacji o niebezpieczeństwie, a w rezultacie motywację do działania. Stąd wynikają nasze działania w celu zabezpieczania zdrowia, wczesnego rozpoznawania chorób i ich leczenia. W momencie jednak, kiedy zostanie przekroczony pewien optymalny dla każdego próg nasilenia leku, pojawiają się reakcje destrukcyjne dla pacjenta, które prowadzą już do zaburzenia. Chory nie jest już w stanie opanować wszechogarniającego niepokoju, co znacznie utrudnia mu codzienne funkcjonowanie. Obawa o utratę zdrowia, a nawet życia, odrzucenie społeczne przytłaczają wszelkie przejawy optymizmu [6,8].

Jak już wcześniej wspomniano, lęk stały z nasileniem niezależnie od okoliczności może powodować wiele innych stanów, np. agresję z uporczywym poszukiwaniem winnych. Złość występująca generalnie w drugiej fazie choroby może mieć różne przejawy,

skupiać się na różnych osobach. Często przechodzi w skrajne stany obniżonego nastroju, aż do depresji. W badaniach prowadzonych wśród chorych onkologicznie w Centrum Onkologii w Bydgoszczy wykazano, iż pacjenci poddawani chemioterapii przejawiają większe nasilenie depresji niż chorzy na etapie diagnozowania [5,7]. Do najczęstszych objawów towarzyszących depresyjnemu nastrojowi zaliczamy: osłabienie koncentracji i uwagi, niską samoocenę, brak wiary w siebie, niezdolność do odczuwania przyjemności (anhedonia), poczucie winy, wycofanie się z życia społecznego, pesymistyczne patrzenie w przyszłość, myśli aż do czynów samobójczych, problemy ze snem, zmniejszony apetyt, spadek masy ciała [9,6,8].

Objawy te mogą być często maskowane (co utrudnia właściwe rozpoznanie) rozdrażnieniem, histerią, skargami, stosowaniem używek, leków uspokajających.

Jabłoński i wsp. [10] wymienia następujące czynniki mające wpływ na kształtowanie reakcji emocjonalnych pacjenta zarówno w okresie diagnostyki, jak i leczenia:

1. Cierpienie fizyczne wynikające z rozwoju ciężkiej choroby somatycznej.
2. Intensywne i długotrwałe leczenie chemiczne, zwykle z przykrymi objawami.
3. Zmiany w wyglądzie (wyłysienie, ubytek masy ciała).
4. Wielotygodniowa izolacja od bliskiego środowiska.
5. Funkcjonowanie w specyficznej grupie pacjentów (obserwacja cierpienia śmierci, wymiana informacji, wyników leczenia, wytwarzanie relacji grupowych itp.).
6. Utrata niezależności, konieczność całkowitego podporządkowania się zaleceniom personelu szpitalnego.
7. Szok związany z rozpoznaniem choroby przeżywanej jako śmiertelne zagrożenie.
8. Załamanie istotnych ról społecznych.
9. W okresie po leczeniu lęk przed nawrotem choroby, problemami zawodowymi, ekonomicznymi, brakiem dostatecznego wsparcia i zrozumienia.

Przedstawione powyżej czynniki stresogenne towarzyszące pacjentom utwierdzają w przekonaniu, jak niewiele potrzeba, by chory stracił wiarę i chęć walki z chorobą. Dlatego też niezależnie, jak pacjent reaguje na chorobę, nie powinien być pozostawiony sam sobie z własnym cierpieniem.

W niniejszej pracy postaramy się odpowiedzieć na najważniejsze pytania. Który z analizowanych w badaniach własnych problemów dotyczących sfery psychospołecznej miał największe nasilenie u badanej grupy respondentów na początku i po kolejnych cyklach chemioterapii? Jaka jest zależność między funkcjonowaniem psychospołecznym respondentów a etapem leczenia? Jaka jest zależność między nasileniem objawów ubocznych a czasem trwania leczenia?

Materiał i metody

W niniejszej pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, ankietą. Metoda ta umożliwiła dokładne poznanie objawów w sferze psychicznej grupy chorych leczonych chemioterapią. Przydatne stały się również metoda obserwacji oraz wywiad.

Badania przeprowadzone zostały w następujących placówkach: Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie (Klinika Pneumonologii, Onkologii i Alergologii), Samodzielny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie (Klinika Hematoonkologii i Transplantacji Szpiku oraz Klinika Chirurgii Onkologicznej), Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Lublinie (Pododdział Onkologiczny). Badania prowadzone były od lutego do czerwca 2012 roku. Uczestniczyło w nich 80 osób z chorobą nowotworową poddanych chemioterapii. Kwestionariusz ankiety wypełniał pacjent bądź też badający na podstawie wywiadu przeprowadzonego z chorym. Badania miały charakter anonimowy, były prowadzone za zgodą pacjentów oraz po uprzednim poinstruowaniu co do wypełniania kwestionariusza oraz co do celowości tychże badań.

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono za pomocą wartości średniej i odchylenia standardowego, a dla niemierzalnych za pomocą liczności i odsetka.

Przyjęto 5% błąd wnioskowania i związany z nim poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic lub zależności.

Wyniki

Wśród badanych 56,25% ($n=45$) stanowiły kobiety, natomiast 43,75% ($n=35$) mężczyźni. Ankietowani byli w wieku od 23 do 70 lat. Średnia wieku ankietowanych wynosiła $51,74 \pm 11,90$ roku. Ankietowani w wieku do 45 lat stanowili 28,75% ($n=23$), natomiast 45,00% ($n=36$) respondentów było w wieku od 45 do 60 lat i 26,25% ($n=21$) w wieku powyżej 60 lat.

Osoby w związku stanowiły najliczniejszą grupę – 68,75% ($n=55$), natomiast 11,25% ($n=9$) stanowili kawalerowie i panny, 3,75% ($n=3$) osoby żyjące w separacji, 8,75% ($n=7$) ankietowanych było po rozwodzie i 7,50% ($n=6$) badanych stanowili wdowcy i wdowy.

W tabeli 1 przedstawiono ocenę procentową wpływu choroby na początku leczenia i w trakcie leczenia na funkcjonowanie psychiczne. Ankietowani oceniali takie czynniki, jak: nastawienie do leczenia, kontakty z rodziną, złość, strach, smutek, bezradność, poczucie akceptacji własnego ciała, wyglądu, poczucie bycia potrzebnym, wartościowym.

Analiza powyższych danych pozwala stwierdzić, iż istnieje duże zróżnicowanie w subiektywnej opinii respondentów co do wpływu choroby na funkcjonowanie psychospołeczne. Swoje nastawienie do leczenia na początku badani oceniali w większości jako raczej pozytywne – 43,75% (35 osób). Tylko 3 osoby mniej określiło swoje nastawienie jako bardzo pozytywne – 41,25% (33 osoby). Leczenie spowodowało, iż bardzo pozytywnie nastawionych osób było zdecydowanie mniej – 27,50%. Wzrosła natomiast liczba osób raczej negatywnie nastawionych do leczenia na początku z 12,50% do 30,00% w trakcie terapii. Porównywalna liczba osób oceniała swoje nastawienie do leczenia jako obojętne na początku (3 osoby) oraz w trakcie (2 osoby).

Niewielki odsetek, bo 2,50% ankietowanych (dwie osoby), zadeklarował, iż zdecydowanie unikało kontaktów z bliskimi na początku choroby, tak samo oceniło ten aspekt 3 osoby, będąc w trakcie leczenia. Najwięcej osób – 47,50% (38 osób) odpowiedziało, że

Tabela 1.

Ocena wpływu choroby na funkcjonowanie psychospołeczne

	Na początku leczenia (pierwsze dni)		W trakcie leczenia (po kolejnych cyklach)	
1. Moje nastawienie do leczenia jest:				
Bardzo pozytywne	33	41,25%	22	27,50%
Raczej pozytywnie	35	43,75%	32	40,00%
Raczej negatywne	10	12,50%	24	30,00%
Obojętne	3	3,75%	2	2,50%
2. Unikam kontaktów z rodziną, przyjaciółmi				
Zdecydowanie tak	2	2,50%	3	3,75%
Raczej tak	5	6,25%	19	23,75%
Raczej nie	35	43,75%	24	30,00%
Zdecydowanie nie	38	47,50%	34	42,50%
3. Zdarza się, że wybucham złością				
Bardzo często	5	6,25%	12	15,00%
Często	15	18,75%	28	35,00%
Czasami	44	55,00%	23	28,75%
Nigdy	16	20,00%	12	15,00%
4. Odczuwam strach, obawę przed leczeniem				
Bardzo często	14	17,50%	19	23,75%
Często	22	27,50%	23	28,75%
Czasami	34	42,50%	28	35,00%
Nigdy	10	12,50%	10	12,50%
5. Odczuwam poczucie smutku, przygnębienia				
Bardzo często	13	16,25%	21	26,25%
Często	31	38,75%	25	31,25%
Czasami	29	36,25%	29	36,25%
Nigdy	7	8,75%	5	6,25%
6. Czuję się bezradny				
Bardzo często	16	20,00%	17	21,25%
Często	23	28,75%	20	25,00%
Czasami	29	36,25%	32	40,00%
Nigdy	12	15,00%	11	13,75%
7. Akceptuję swoje ciało, wygląd				
Zdecydowanie tak	19	23,75%	12	15,00%
Raczej tak	44	55,00%	28	35,00%
Raczej nie	12	15,00%	29	36,25%
Zdecydowanie nie	5	6,25%	11	13,75%
8. Czuję się niepotrzebny				
Zdecydowanie tak	6	7,50%	7	8,75%
Raczej tak	4	5,00%	17	21,25%
Raczej nie	36	45,00%	25	31,25%
Zdecydowanie nie	34	42,50%	31	38,75%

zdecydowanie nie unika kontaktów z bliskimi podczas pierwszych dni leczenia, nieco mniej, bo 34 osoby (42,50%), odpowiedziało tak po kolejnych cyklach. Ponad połowa ankietowanych [55,00% (44 osoby)] czasami odczuwała złość, będąc na początku leczenia, 28,74% osób odczuwało ten problem, będąc po kolejnych cyklach chemioterapii. Dwanaście osób na 80 ankietowanych, co stanowi 15%, zadeklarowało bardzo częste odczuwanie złości. Tyle samo osób oceniło, iż w trakcie leczenia w ogóle nie odczuwało złości.

Duża rozbieżność odpowiedzi pojawiła się przy ocenie częstości odczuwania strachu. Najwięcej osób oceniło występowanie tego problemu tuż po rozpoczęciu terapii, 42,50% (34), jak i w jej trakcie (35,00%) na częste. Co 8 osoba zadeklarowała, iż nigdy nie odczuła strachu, bez względu na etap leczenia.

Największy odsetek badanych ocenił, że często doświadcza smutku na początku leczenia – 38,75% (31 osób). Po kolejnych kursach odsetek ten zmniejszył się do 31,25%. Brak smutku zadeklarowało ok. 6% badanych (5 osób).

Znaczny odsetek badanych zaświadczył, iż czasami odczuwa bezradność, będąc w trakcie leczenia – 40% (32 osoby). Najmniej osób odpowiedziało, że w trakcie leczenia nigdy nie miało tego problemu.

Zadowolające wyniki uzyskano z oceny akceptacji własnego wyglądu wśród ankietowanych będących na początku terapii – 55% określiło, że raczej go akceptują. W trakcie terapii największa liczba chorych zadeklarowała, że raczej nie wykazuje akceptacji wobec własnej osoby – 36,25% (29 osób).

Pozytywnie zostało ocenione poczucie własnej wartości, bycia potrzebnym dla innych przez ankietowanych, gdzie największy odsetek ankietowanych zadeklarował, iż na początku leczenia raczej nie czuje się niepotrzebny – 45,00% (36 osób), w trakcie leczenia zdecydowanie zaprzeczyło temu 31 osób, co stanowi 38,75%.

W dalszej części oceny natężenia problemów natury psychicznej uznano za zasadne zbadanie, czy istnieją istotne zależności między oceną funkcjonowania psychospołecznego badanej grupy chorych a etapem leczenia. Oceniono twierdzenia dotyczące wpływu choroby na funkcjonowanie psychiczne przed i w trakcie leczenia. Twierdzenia 1, 2, 7 i 8 oceniono

w skali od 1 do 4 (1 – ocena pozytywna, 4 – ocena negatywna), natomiast twierdzenia 3 do 6 oceniono także w skali od 1 do 4, z tym że 1 oznaczała ocenę negatywną, zaś 4 pozytywną. Wyniki zilustrowano w tabeli 2.

Analiza statystyczna wykazała, że ankietowani na początku leczenia mieli istotnie bardziej pozytywne nastawienie do leczenia w porównaniu z oceną w trakcie leczenia, ($p=0,008$). Stwierdzono natomiast, że w trakcie leczenia ankietowani w większym stopniu dążyli do unikania kontaktów z rodziną lub przyjaciółmi niż na początku leczenia ($p=0,009$). Objawy wybuchów złości były istotnie statystycznie bardziej nasilone na początku leczenia niż w trakcie leczenia ($p=0,000008$). Stwierdzono także, że ankietowani w istotnie większym stopniu w trakcie leczenia akceptowali swoje ciało niż na początku leczenia ($p=0,00001$). Również w trakcie leczenia ankietowani czuli się istotnie bardziej potrzebni niż na początku leczenia ($p=0,004$). Analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic pomiędzy okresami w ocenie odczuwania strachu, smutku oraz bezradności.

Dyskusja

Szczególny charakter choroby nowotworowej i jej leczenia sprawia, że pacjenci doświadczają różnych stanów emocjonalnych. Informacja o poważnej chorobie, szybkie podjęcie leczenia, niepewność o jego powodzeniu to przyczyny doznawania przez chorego stanów od lęku, strachu, przez złość i rozgoryczenie, aż do skrajnej depresji. Dzieje się tak zwłaszcza w ostrych białaczkach wymagających stosowania u pacjentów silnej chemioterapii [11].

Przeprowadzone badania pozwoliły ocenić częstość występowania różnych problemów psychospołecznych u badanej grupy chorych.

Możemy stwierdzić, iż potwierdziła się hipoteza mówiąca, iż objawem najczęściej występującym u chorych na początku leczenia jest złość, zaś po kolejnych cyklach – ograniczenie kontaktów z rodziną oraz bezradność.

Analiza wszystkich ujętych w badaniach objawów natury psychicznej pozwoliła potwierdzić, iż najwyższy wynik w subiektywnej ocenie respondentów

Tabela 2.

Średnia ocena wpływu choroby na funkcjonowanie psychiczne (1 – ocena pozytywna, 4 – ocena negatywna)

	Na początku leczenia (pierwsze dni)			W trakcie leczenia (po kolejnych cyklach)			Analiza statystyczna	
	Średnia	Odch. std.	Mediana	Średnia	Odch. std.	Mediana	Z	p
1. Moje nastawienie do leczenia jest	1,80	2,00	0,80	2,08	2,00	0,82	2,65	0,008*
2. Unikam kontaktów z rodziną, przyjaciółmi	3,36	3,00	0,72	3,11	3,00	0,90	2,60	0,009*
3. Zdarza się, że wybucham złością	2,89	3,00	0,80	2,38	2,00	0,99	4,67	0,000008*
4. Odczuwam strach, obawę przed leczeniem	2,50	3,00	0,93	2,36	2,00	0,98	1,13	0,26
5. Odczuwam poczucie smutku, przygnębienia	2,38	2,00	0,86	2,22	2,00	0,91	1,31	0,19
6. Czuję się bezradny	2,46	3,00	0,98	2,46	3,00	0,98	0,19	0,85
7. Akceptuję swoje ciało, wygląd	2,04	2,00	0,80	2,49	2,50	0,91	4,34	0,00001*
8. Czuję się niepotrzebny	3,23	3,00	0,86	3,00	3,00	0,98	2,88	0,004*

* $p < 0,05$

p – istotność statystyczna; Z – wynik testu Manna-Whitneya.

w pierwszych dniach stosowania chemioterapii użytkowało uczucie złości – 55,00% (44 osoby). Jednocześnie oceniono ten objaw najwyższym stopniu jako występujący czasami.

Pacjenci będący już po kilku cyklach twierdzili, iż najwyższy problem w ich ocenie dotyczył bezradności. Odczuwało ją 40,00% ankietowanych (32 osoby). Zróznicowanie to jednak nie jest znamienne statystycznie ($p=0,85$). U ankietowanych stwierdzono ponadto negatywny wpływ leczenia na kontakty z bliskimi. Stwierdzono, że w trakcie leczenia ankietowani

w większym stopniu dążyli do unikania kontaktów z rodziną lub przyjaciółmi niż na początku leczenia ($p=0,009$).

Badania własne wykazały, iż duży odsetek ankietowanych (42,50%) odczuwał lęk przed leczeniem, będąc na początku terapii, oceniając go jako występujący czasami. Większy odsetek badanych odczuwał smutek i przygnębienie w trakcie leczenia.

Rymaszewska [8] w swoich badaniach podaje, iż u chorych z nieuleczalnym nowotworem lęk częściej pojawia się na początku choroby, natomiast depresja

w zaawansowanym okresie. Czynnikiem sprzyjającym wystąpieniu depresji są częste hospitalizacje, ból, duszność i subiektywne uznanie leczenia za uciążliwe [12].

Wyniki badań własnych potwierdzają badania, które zawarli w swojej pracy Zielińska-Więczkowska i Betłakowski [5] w związku z nasileniem stanów depresyjnych u dwóch grup pacjentów z chorobą nowotworową przed i w trakcie chemioterapii. Wykazali, iż pacjenci poddawani chemioterapii wykazują większe nasilenie stanów depresyjnych niż chorzy na etapie diagnozowania. Nastrój depresyjny częściej przejawiały kobiety, osoby z wykształceniem zawodowym oraz chorzy niezdolni do wykonywania pracy zarobkowej.

Nmeth i wsp. [13], badając poziom wsparcia społecznego, stwierdzają, że kobiety, które mają partnera, dzieci, a chorobę mają rozpoznaną przynajmniej przed rokiem, czują się psychicznie lepiej. Pacjent musi czuć emocjonalne i fizyczne wsparcie udzielone przez członków rodziny i przyjaciół. Miejsce zamieszkania oraz wykształcenie wg Żułtak-Bączkowskiej i wsp. [14] mają wpływ na kształtowanie się relacji między partnerami oraz podatność na wystąpienie zachwiania emocjonalnego i dezorganizacji osobowości.

Piśmiennictwo

1. Zatonki W, Dzikowska J. Epidemiologia złośliwych nowotworów, [w:] Krzakowski M. (red.): Onkologia kliniczna, t. 1, Warszawa 2006.
2. Kowalska M, Zejda J. Zachorowalność i umieralność na nowotwory złośliwe w populacji dzieci 0-14 lat w Polsce. *Medycyna Środowiskowa* 2009; 12(1): 20-27.
3. Piotrowski J, Chudzik M. Podstawy chemioterapii nowotworów, [w:] Kozakiewicz B. (red.): Onkologia Kliniczna, Warszawa 2004.
4. Falgowska M. Chemioterapia. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2007; 11: 26-27.
5. Zielińska-Więczkowska H, Betłakowski J. Analiza nasilenia stanów depresyjnych u pacjentów z chorobą nowotworową przed i w trakcie chemioterapii, *Wiadomości Lekarskie* 2010; 13: 46-52.
6. Kopczyńska-Tyszko A. Reakcje emocjonalne chorujących na nowotwór [w:] Kubacka-Jasiecka D, Łosiak W. (red.): Zmagając się z chorobą nowotworową, Kraków 1999.
7. Chojnacka G. Kryzys w chorobie nowotworowej i sposoby jego przezwyciężania, [w:] de Walden-Gałuszko K. *Psychoonkologia*, Kraków 2000.
8. Rymaszewska J. Reakcja adaptacyjna, lęk, depresja, [w:] Krzemieniecki K (red.): Leczenie wspomagające w onkologii, Poznań 2008.
9. Orońska A. Dobra kontrola objawów nadrzędnym zadaniem opieki paliatywnej, *Polska Medycyna Rodzinna* 2004; 6(3): 849-855.
10. Jabłoński M i wsp. Zaburzenia depresyjne w przebiegu białaczki, *Psychiatria Polska* 2003; 37(5): 799-809.
11. Olszewski W. Badania przesiewowe w kierunku nowotworów, [w:] Krzakowski M. (red.): *Onkologia Kliniczna*, Warszawa 2006.
12. Rotter I i wsp. Ocena występowania depresji wśród pacjentów poddanych chemioterapii paliatywnej z powodu raka płuc. *Fam Med Prim Care Rev* 2010; 12 (2): 301-303.
13. Nmeth K i wsp. The relationship of coping mechanisms and social support among Hungarian women suffering from malignant breast cancer. *New Med* 2011; 15 (1): 26-29.
14. Żułtak-Bączkowska K i wsp. Analiza relacji rodzinnych wśród pacjentek z chorobą nowotworową gruczołu piersiowego. *Fam Med Prim Care Rev* 2011; 13 (3): 553-555.