

Marzena Pieniążek, Grażyna Dugiel, Katarzyna Kucharska

Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim

Akceptacja choroby w grupie pacjentów leczonych z powodu choroby nowotworowej układu moczowo-płciowego

Streszczenie

Cel badań: Ocena poziomu akceptacji choroby nowotworowej i identyfikacja czynników mających wpływ na jej poziom.

Material i metody: Badaniem objęto 103 pacjentów z nowotworami urologicznymi. Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankiety tj.: Skalę Akceptacji Choroby, Skalę Depresji Becka, Skalę VAS, ogólną samoocenę stanu zdrowia, kwestionariusz własnej konstrukcji.

Wyniki: Akceptacja choroby nowotworowej, wśród badanych pacjentów, była na poziomie średnim. Na poziom akceptacji choroby miały wpływ: wiek, stopień nasilenia depresji, stopień odczuwanego bólu oraz stosowana terapia cytostatykami. Nie zależał on natomiast od rodzaju nowotworu, stanu cywilnego, poziomu wykształcenia, aktywności zawodowej czy miejsca zamieszkania.

Wnioski: Grupę ryzyka niskiego poziomu akceptacji choroby nowotworowej stanowią pacjenci w starszym wieku, którzy mieli depresję oraz którym podano cytostatyki. Objęcie adekwatną opieką pacjentów z grupy ryzyka niskiego poziomu akceptacji choroby nowotworowej oraz wsparciem może poprawić skuteczność walki z chorobą.

Słowa kluczowe: akceptacja choroby, depresja, nowotwór układu moczowo-płciowego.

Disease acceptance in a group of patients treated for cancer of the genitourinary system

Aim of the study: Assessment of the cancer acceptance level and identification of factors influencing its level.

Material and methods: The study included 103 patients with urological neoplasms. The method of diagnostic survey was used, the questionnaire technique, ie: Disease Acceptance Scale, Beck Depression Scale, VAS Scale, general self-assessment of health, self-made questionnaire.

Results. The acceptance of neoplastic disease among the examined patients was average. The level of acceptance of the disease was influenced by age, the severity of depression, the degree of pain experienced and the cytostatic therapy used. However, it did not depend on the type of cancer, marital status, level of education, professional activity or place of residence.

Conclusions: The group at risk of low acceptance of neoplastic disease are elderly patients who had depression and who were given cytostatics. Adequate care and support for patients at risk of low cancer acceptance may improve the effectiveness of the fight against the disease.

Keywords: acceptance of illness, depression, kidney cancer, bladder cancer, prostate cancer.

Wstęp

Funkcjonowanie pacjentów onkologicznych w dużej mierze zależy od przystosowania się do choroby [1,2,3,4]. Wśród czynników warunkujących akceptację choroby nowotworowej wyróżnia się:

- wiek (ludzie starsi prezentują słabszą akceptację choroby – szczególnie osoby po 75. roku życia),
- stan cywilny (osobom samotnym trudniej przystosować się do choroby),
- aktywność zawodową (osoby aktywne zawodowo, z szansą powrotu do pracy wykazują wyższy stopień akceptacji choroby),
- metody leczenia (mniej inwazyjne metody),
- ocena stanu zdrowia (lepszy stan zdrowia),
- stopień zaangażowania religijnego (osoby wierzące),
- cechy osobowościowe; determinacja, wytrwałość, optymistyczne nastawienie oraz nadzieja i wiara w powodzenie leczenia.

Według piśmiennictwa akceptacja choroby przebiega w czterech zależnych od siebie fazach:

- szok (bunt, odrętwienie) – faza bardzo emocjonalna, która występuje zaraz po usłyszeniu diagnozy choroby nowotworowej,
- kryzys emocjonalny – odczuwanie niesprawiedliwości i winy, zagubienia; obwinianie innych za swój los; stany depresyjne,
- pozorne przystosowanie – mechaniczne wypełnianie zaleceń lekarza, co niewiele wpływa na relacje z leczącym,
- konstruktywne przystosowanie – pełna mobilizacja, duch walki, aktywna akceptacja sprzyjająca edukacji i stosowaniu się do zaleceń [5].

Początkowy okres charakteryzuje się gwałtownymi emocjami, poszukiwaniem wsparcia od osób bliskich, analizą własnych wcześniejszych i przyszłych doświadczeń, a także wprowadzaniem metod radzenia sobie z chorobą. Emocje towarzyszące chorobie są naturalne, ale im dłużej

odczuwamy emocje w postaci żalu, smutku, gniewu czy złości, tym trudniej przystosować się do nowej trudnej roli, jaką jest niewątpliwie rola pacjenta onkologicznego. Po okresie tzw. szoku emocjonalnego związanego z rozpoznaniem choroby nowotworowej następuje stopniowe adaptowanie się do niej. Nie oznacza to, że chorzy przestają być narażeni na trudne emocje. Są one nadal obecne i odnoszą się do zakresu informacji na temat stanu zdrowia czy zbliżającego się terminu badań lub hospitalizacji, wpływając tym samym na równowagę psychiczną, lecz nie wywołują już poczucia całkowitej bezradności. Równowaga psychiczna może zostać przywrócona poprzez strategie zadaniowe, czyli poszukiwanie rozwiązań danej sytuacji i strategie emocjonalne, które odnoszą się do łagodzenia emocji [6]. Zgodnie z teorią Richarda Lazarusa stres i emocje są efektem sposobu oceny oraz rozumienia sytuacji [7]. Dużą rolę odgrywa ocena własnych doświadczeń, sposób radzenia sobie z dotychczasowymi problemami. Odnajdywanie równowagi psychicznej składa się z trzech możliwości poszukiwania równowagi: nastawienia pozytywnego, negatywnego, nijakiego.

Nastawienie pozytywne cechuje się przemyśleniami nad dalszym życiem, wartościami, którymi kieruje się osoba chora. Pozwala to odzyskać wewnętrzny spokój, a w efekcie umiejętność chorowania, czyli wykorzystania swojej choroby do pomagania innym oraz rozwoju własnej osobowości. Bierne przyjmowanie choroby to nastawienie negatywne. Prowadzi ono do izolowania się od innych ludzi, obniżenia nastroju, braku nadziei na wyleczenie. Rezultatem postawy negatywnej jest postawa aspołeczna, która cechuje się koncentracją na własnej osobie i chorobie, lekceważąc inne osoby. Nastawienie nijakie ujawnia się poprzez poszukiwanie nieokreślonych wartości i dążenie do niejasnych celów. Zarówno nastawienie negatywne, jak i nijakie nie sprzyjają rozwojowi osobowości, ponieważ taka możliwość nie jest dostrzegana, a choroba traktowana jest jako największa porażka życiowa. Etap uniezależnienia się od choroby dotyczy osób, które odnalazły równowagę psychiczną. Potrafią one realizować cele życiowe, rozwijać własną osobowość, a choroba nie wpływa negatywnie na ich funkcjonowanie. Choroba może stać się integralną częścią ludzkiego życia, zależy to od postawy, jaką chory przyjmie wobec niej [8]. Choroba może być dwojako interpretowana przez osobę chorą: jako wróg lub jako wyzwanie. Traktowanie choroby jako wyzwania oznacza aktywne działania w postaci poszukiwania źródeł

informacji o możliwych metodach leczenia, współpracy z lekarzem [9]. Chorzy aktywnie uczestniczący w leczeniu mają wysoki stopień motywacji, który przekłada się na jakość współpracy z lekarzem, personelem medycznym i niemedycznym. Są to osoby, które decydują się także na wprowadzenie zmian prozdrowotnych poprzez wyeliminowanie nałogów i wprowadzenie odpowiedniej diety w swoim życiu. Pacjenci, którzy traktują chorobę jako wroga, najczęściej cechują się ukształtowanym poczuciem bezradności, gotowością do poddania się w walce z trudnymi wydarzeniami. Częściej nie angażują się w proces leczenia. Opis ten został uzupełniony przez Mariusza Lipowskiego, który w swoich publikacjach poruszył kwestie postaw pacjentów względem choroby jako:

- stratę – pacjent traktuje nawet nieznaczne zmiany w swoim wyglądzie jako stratę, która stanowi źródło przygnębienia;
- ulgę – choroba postrzegana jest jako uwolnienie od obowiązków, uświadomienie sobie korzyści, gdy dzięki chorobie zyskujemy zainteresowanie otoczenia;
- wartość – choroba pomaga zmienić dotychczasowy system wartości, własne postępowanie.

Biorąc pod uwagę objawy choroby i mechanizmy obronne osoby z chorobą nowotworową mogą one stanowić:

- wyparcie – osoba chora odrzuca informacje o diagnozie, a w konsekwencji nie podejmuje leczenia;
- bagatelizowanie – odczuwane objawy są lekceważone przez osobę chorą i nieutożsamiane z chorobą;
- wyolbrzymianie – chory nadmiernie koncentruje się na odczuwanych objawach i pogłębia ich natężenie; taka postawa przyczynia się do wysokiego natężenia lęku o własne zdrowie i życie. Badania, które oceniały wpływ postaw pacjentów na skuteczność przebiegu leczenia, wykazują dużą jej zależność od pozytywnego nastawienia czy chęci podjęcia walki z chorobą oraz poziomu obaw i lęku [9].

Zaburzenia psychiczne u pacjentów onkologicznych mogą pojawić się na każdym etapie choroby. Są one wynikiem niedostosowania się do nowej roli życiowej oraz reakcją na silny stres związany z leczeniem i chorobą. W przebiegu choroby nowotworowej występują najczęściej: stres, zespół stresu pourazowego (PTSD), zaburzenia adaptacyjne, zespoły lękowe, zespoły depresyjne, zaburzenia neuropsychiatryczne, zaburzenia

snu, przewlekły ból. W związku z powyższym duże znaczenie przypisuje się holistycznemu podejściu do leczenia i podjęciu współpracy z onkologiem, psychiatrą czy psychologiem [10],[11],[12].

Chorzy, którzy są poddawani leczeniu w postaci chemioterapii, radioterapii, hormonoterapii i operacji obserwują u siebie deficyty w zakresie pamięci, trudności z koncentracją, z funkcjami językowymi. Opisane objawy dotyczą łagodnych zaburzeń poznawczych, jednak są przyczyną obniżenia jakości życia utrudniając, a czasem nawet uniemożliwiając codziennie funkcjonowanie i pełnienie dotychczasowych ról w społeczeństwie. Do czynników związanych z ogólnym stanem chorego należą objawy fizjologiczne: anemia wywołana leczeniem za pomocą chemioterapii, niski poziom testosteronu, terapie towarzyszące w postaci leczenia przeciwwymiotnego, chorób współistniejących (m.in. cukrzycy czy nadciśnienia tętniczego) [13,14].

W Polsce istnieją stowarzyszenia pacjentów i fundacje wspierające chorych z nowotworami nerki, np. Polska Grupa Raka Nerki (www.pgrn.pl), Fundacja „Wygrajmy Zdrowie” im. prof. Grzegorza Madeja wspierająca chorych na nowotwory urologiczne (www.wygrajmyzdrowie.pl), czy też Stowarzyszenie Pacjentów z Chorobami Prostaty, Nerek, Pęcherza i Jąder „Gladiator” im. prof. Tadeusza Koszarowskiego (<http://www.gladiator-prostata.pl/>).

Metodologia

Celem badania było określenie poziomu akceptacji wśród pacjentów z nowotworami układu moczowo-płciowego oraz relacji pomiędzy poziomem akceptacji a wybranymi zmiennymi: depresją, bólem, wiekiem, płcią, miejscem zamieszkania, warunkami bytowymi, aktywnością zawodową.

W badaniu posłużono się autorskim kwestionariuszem ankiety oraz narzędziami wystandaryzowanymi, jak: Skala Akceptacji Choroby (ang. *Acceptance of Illness Scale, AIS*) autorstwa B. J. Felton, Tracey A. Revenson i G. A. Hinrichsen w adaptacji Z. Juczyńskiego; Skala Depresji Becka (ang. *Beck Depression Inventory, BDI*) autorstwa Aarona Becka, Salę VAS. Autorski kwestionariusz ankiety został podzielony na dwie części: dane socjodemograficzne z metryczką oraz dane dotyczące stanu fizykalnego (m.in. parametry antropometryczne, stan zdrowia, przebieg choroby i leczenie). Ankieta zawierała pytania zamknięte i otwarte; jedno- i wielokrotnego wyboru.

Stopień akceptacji choroby jest mierzony za pomocą Skali Akceptacji Choroby (ang. *Acceptance of Illness Scale, AIS*), której autorami są Felton, Revenson i Hinrichsen. Adaptacji do warunków polskich dokonał Juszczyński. Skala składa się z 8 pytań na temat: ograniczeń spowodowanych przez chorobę, braku samowystarczalności, poczucia zależności od innych osób, czy wreszcie obniżenia poczucia własnej wartości. Odpowiedzi udziela się na skali 5-stopniowej. Minimalnie można uzyskać 8 punktów, a maksymalnie 40. Im więcej punktów, tym wyższy stopień akceptacji choroby – od braku akceptacji choroby, przez średnią akceptację po dobrą akceptację choroby.

Skala Depresji Becka jest narzędziem opracowanym przez Aarona Becka, służącym do samodzielnej oceny samopoczucia. Zbudowana jest z 21 pytań z możliwością jednokrotnego wyboru odpowiedzi. Pytania dotyczą stopnia nasilenia objawów, które występują u chorych na depresję. Wynik nie jest równoznaczny z rozpoznaniem depresji, ale sygnalizuje potrzebę dalszej diagnostyki. W każdym pytaniu pacjent odpowiada na czterostopniowej skali – zaznaczając odpowiedź, która najbliżej opisuje jego stan emocjonalny w okresie ostatniego tygodnia. Uzyskane wyniki należy interpretować następująco: 0–11 punktów – brak depresji; 12–26 punktów – epizod depresyjny o łagodnym nasileniu; 27–49 punktów – epizod depresyjny o umiarkowanym nasileniu; 50–63 punktów – epizod depresyjny o głębokim nasileniu.

Do obliczeń użyto testów: Kruskala-Wallisa, U Manna-Whitneya, chi-kwadrat oraz współczynnika korelacji rang Spearmana. Dla wszystkich obliczeń statystycznych przyjęto poziom istotności „p” nieprzekraczający wartości 0,05.

Test Kruskala-Wallisa to rangowy test statystyczny porównujący rozkłady zmiennej w populacjach. Jest alternatywą dla wariancji. Test U Manna-Whitneya to semi-nieparametryczny test statystyczny służący do sprawdzenia czy wartości próbek pobranych z dwóch niezależnych populacji są jednakowo duże. To jeden z powszechniejszych nieparametrycznych testów znamienności. Test chi-kwadrat służy sprawdzaniu hipotez. Jest wykorzystywany dla porównania zaobserwowanego rozkładu naszej zmiennej z określonym teoretycznym rozkładem. Jest testem nieparametrycznym [15].

Współczynnik korelacji rang Spearmana jest również miarą nieparametryczną. Odnosi się do pomiarów monotonicznej zależności

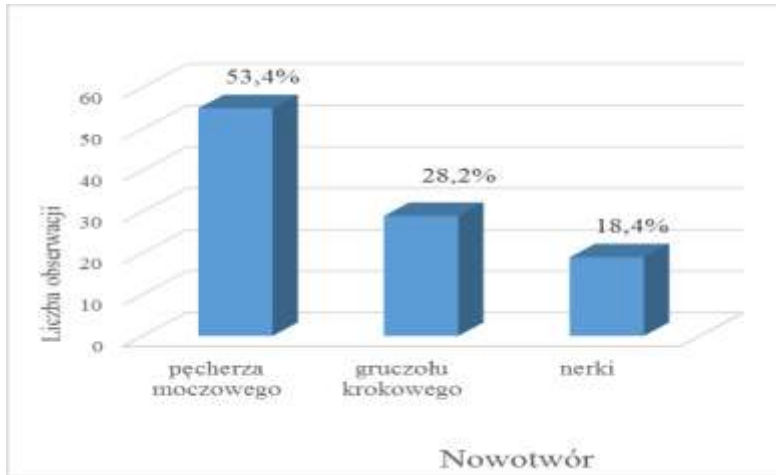
statystyczne między zmiennymi losowymi. Na ogół jest wykorzystywany do opisu siły korelacji dwóch mierzalnych, jakościowych cech nielicznej zbiorowości, które można uporządkować [16].

Badania zostały przeprowadzone w okresie od 1 kwietnia 2018 r. do 20 grudnia 2018 r. w Szpitalu Specjalistycznym im. Ludwika Rydygiera w Krakowie, Os. Złotej Jesieni 1, na Oddziale Urologii. Na przeprowadzenie badań uzyskano pisemną zgodę prezesa spółki szpitala. Pacjentom udzielono rzetelnej informacji na temat prowadzonych badań i zapewniono o tajemnicy zawodowej tłumacząc, że badania są anonimowe. Biorąc w nich udział wyrazili świadomą zgodę na uczestnictwo w badaniu.

Przez okres badania 108 pacjentów z nowotworami nerki, pęcherza moczowego i prostaty, którzy byli leczeni na oddziale urologii poproszono o uzupełnienie ankiety i dwóch załączonych skal. Do badań zakwalifikowano pacjentów spełniających kryterium diagnozy: nowotworu nerki lub nowotworu pęcherza moczowego bądź nowotworu stercza. Uzyskano wysoki stopień zwrotu ankiety: 95,37%. Z analizy wykluczono 5 respondentów z uwagi na występowanie dwóch i więcej nowotworów w obrębie układu moczowego.

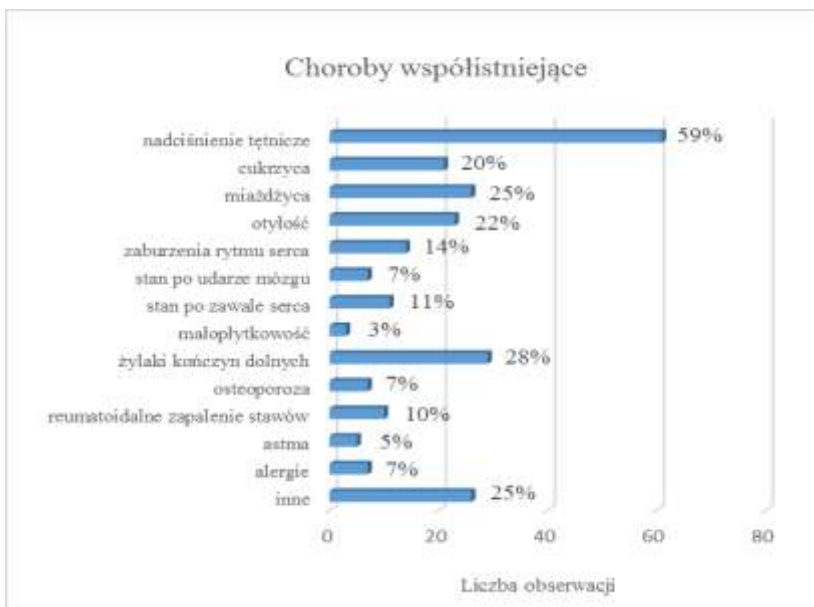
Charakterystyka badanej grupy

Ogółem badaniem objęto 103 osoby. Najwięcej respondentów znajdowało się w przedziale wiekowym od 60. do 70. roku życia. Najstarszy badany miał 86 lat, a najmłodszy 31. Średnia wieku w grupie badanej wynosiła 66,26 lat odchylenie standardowe 10,34. Zdecydowaną większość badanych stanowili mężczyźni, tj. 72 % (74 osoby). Wśród respondentów 75 osób deklarowało zamieszkanie na terenie miasta, co stanowiło 75 % badanych. Poziom wykształcenia badanych był zróżnicowany, większość z nich posiadało wykształcenie średnie i zasadnicze zawodowe, co stanowiło 72 % ogółu badanych. Ponad 62 % badanych pacjentów było już emerytami. W badanej grupie największy odsetek, tj. 77,7 % stanowiły osoby będące w związkach formalnych. W grupie badanej najwięcej było respondentów posiadających dwie osoby w gospodarstwie domowym. Tylko jedna osoba była samotna. Na wykresie 1 przedstawiono strukturę chorób zdiagnozowanych u respondentów.



Wykres 1. Nowotwory w grupie badanej

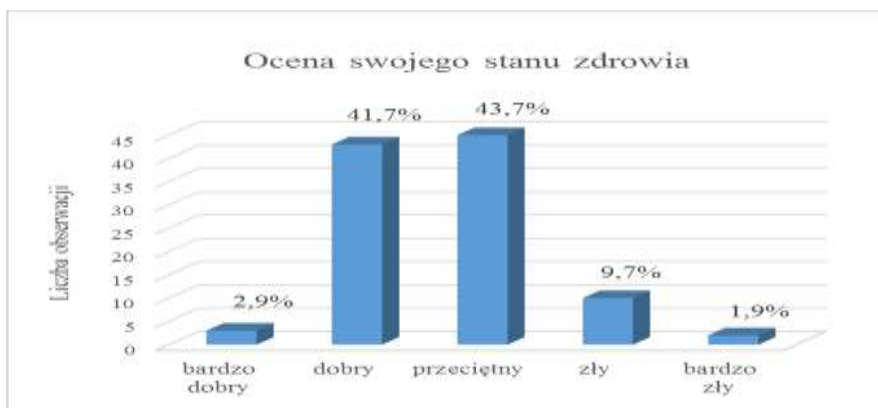
Większość badanych pacjentów miała nadwagę. Niespełna 3% chorych miała niedowagę. Udział procentowy chorób współistniejących wśród respondentów przedstawiono na wykresie 2.



Wykres 2. Choroby współistniejące u badanych pacjentów

Ponad połowa pacjentów deklarowała, że nie jest uzależniona od jakichkolwiek używek.

Wyniki samooceny ogólnego stanu zdrowia dokonanej przez respondentów przedstawiono na wykresie 3.



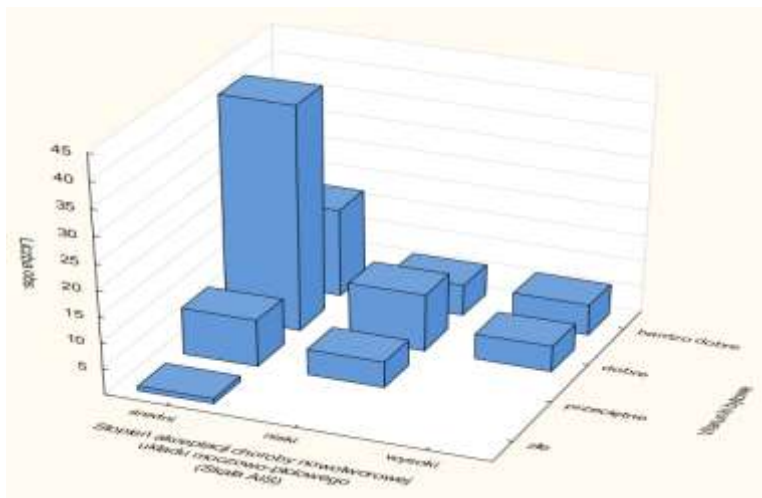
Wykres 3. Subiektywna ocena stanu zdrowia pacjentów

Wyniki

Wśród badanych osób 70 akceptowało chorobę nowotworową poziomie średnim, co stanowiło 69 % badanej populacji. Natomiast 22 osoby, tj. 21 % ogółu badanych nie zaakceptowało choroby nowotworowej, zaledwie 10 %, tj. 10 osób w teście AIS uzyskało wysoki poziom akceptacji choroby nowotworowej.

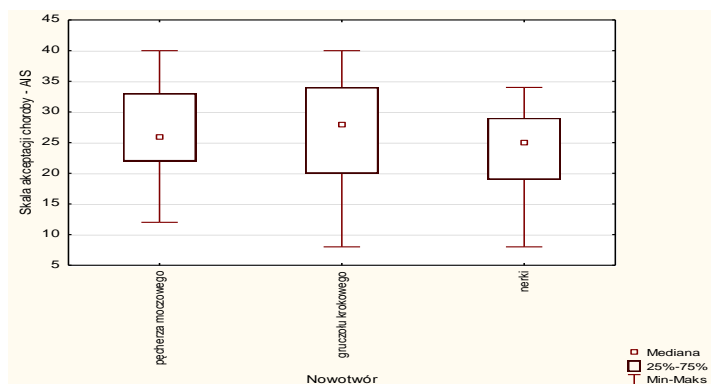
Wynik analizy statystycznej ($p < 0,000125$, test) zależności między wiekiem a poziomem akceptacji choroby wskazuje na jej istnienie. Innymi słowy – im starszy człowiek, tym niższy poziom akceptacji choroby nowotworowej.

Nie wykazano istotnej statystycznie różnicy pomiędzy stopniem akceptacji choroby a stanem cywilnym badanych ($p = 0,3757$ wynik testu rang Kruskala-Wallisa). Nie stwierdzono także istotnej statystycznie różnicy pomiędzy stopniem akceptacji choroby a miejscem zamieszkania respondentów ($p = 0,37007$ wynik testu rang Kruskala-Wallisa). Nie zaobserwowano istotnej statystycznie zależności między warunkami bytowymi a stopniem akceptacji choroby ($p = 0,30928$ wynik testu Chi-kwadrat). Zaobserwowano jednak, że średni stopień akceptacji choroby na ogół dotyczył pacjentów z dobrymi warunkami bytowymi (wykres 4).



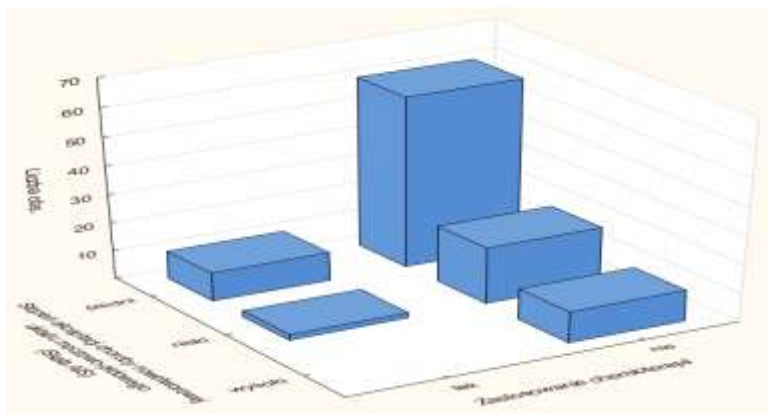
Wykres 4. Warunki bytowe a akceptacja choroby

Stopień akceptacji choroby nowotworowej w grupie badanej nie jest istotnie statystycznie zależny od poziomu wykształcenia ($p=0,23221$, test Chi-kwadrat dla zależności między poziomem wykształcenia a akceptacją choroby). Poziom akceptacji choroby nowotworowej także nie jest istotnie statystycznie zależny od aktywności zawodowej badanych ($p=0,7666$ test Chi-kwadrat dla zależności akceptacji choroby od aktywności zawodowej). Zbadano miary położenia stopnia akceptacji choroby u badanych pacjentów z uwzględnieniem rodzaju nowotworu układu moczowo-płciowego oraz zależność pomiędzy stopniem akceptacji choroby a rodzajem nowotworu. Wyniki badania przedstawiono na wykresie 5.



Wykres 5. Akceptacja choroby a rodzaj nowotworu

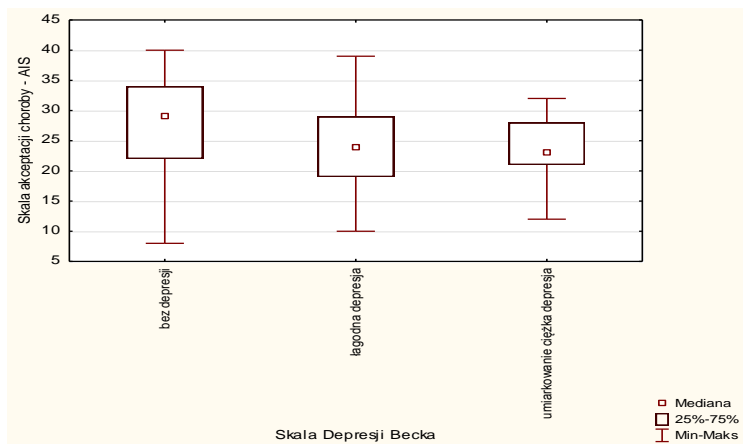
Wysoki stopień akceptacji choroby w skali AIS występuje tylko w grupie osób, gdzie nie zastosowano chemioterapii (wykres 6). Nie jest to jednak różnica istotna statystycznie ($p=0,3565$ chi-kwadrat).



Wykres 6. Poziom akceptacji choroby a wdrożenie chemioterapii

Wyniki dokonanej przez pacjentów samooceny bólu według skali wzrokowo-analogowej VAS są następujące: ponad 59,2 % badanych nie odczuwa bólu, 12,6 % odczuwa ból na poziomie średnim, 1% badanych deklaruje odczuwanie bólu na wysokim poziomie. Zbadano zależność statystyczną pomiędzy poziomem odczuwanego bólu a stopniem akceptacji choroby. Uzyskano wynik, gdzie $p < 0,05$, co wskazuje na istnienie statystycznie istotnej zależności pomiędzy poziomem odczuwanego bólu a poziomem akceptacji choroby. Innymi słowy ból może być moderatorem przystosowania się do choroby nowotworowej.

Respondenci dokonali samodzielnej oceny stanu psychicznego pod kątem obecności objawów depresji wypełniając kwestionariusz Skala Depresji Becka. Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że nieco ponad połowa badanych (51%) nie doświadczała objawów depresyjnych, jak również nikt z badanych nie cierpiał z powodu ciężkiej depresji. Łagodna depresja dotyczyła 37 osób, co stanowiło 36% badanych pacjentów. Umiarkowana depresja wystąpiła u 13 badanych osób, co stanowiło 13 % ogółu badanych. Przeanalizowano uzyskane wyniki akceptacji choroby nowotworowej z wynikami stopnia nasilenia objawów depresyjnych (wykres 7).



Wykres 7. Wyniki relacji między Skala depresji Becka a AIS

U pacjentów bez objawów depresji występuje wyższy stopień akceptacji choroby nowotworowej niż w przypadku chorych z depresją umiarkowanie ciężką.

Nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności nasilenia depresji od wieku pacjentów czy od płci badanego i jego stanu cywilnego, miejsca zamieszkania. Zauważono, że w grupie osób z bardzo dobrymi warunkami bytowymi, 72% badanych było bez depresji, a u 7% badanych zdiagnozowano umiarkowanie ciężką depresję wg Skali Depresji Becka. W grupie osób z dobrymi warunkami bytowymi, spada odsetek pacjentów bez depresji do 47% badanych i jednocześnie wzrasta odsetek pacjentów z umiarkowanie ciężką depresją wg skali Depresji Becka do 8% badanych. Ten sam trend zauważamy w grupie badanych z przeciętnymi warunkami bytowymi – spada odsetek badanych bez depresji do 29% pacjentów i rośnie odsetek badanych ze zdiagnozowaną umiarkowanie ciężką depresją zgodnie ze Skalą Depresji Becka do 36% pacjentów. W grupie badanych ze złymi warunkami bytowymi u wszystkich pacjentów zdiagnozowano umiarkowanie ciężką depresję wg Skali Depresji Becka.

Dyskusja

Istotna w przystosowaniu do choroby nowotworowej jest jej akceptacja. Jest to proces bardzo złożony i zależny od wielu czynników, m.in.: czasu trwania choroby, predyspozycji indywidualnych, dolegliwości chorobowych, nasilenia objawów ubocznych leczenia [17]. Przeprowadzone badanie miało na celu określenie poziomu akceptacji choroby

nowotworowej oraz poznanie relacji między akceptacją choroby a wybranymi czynnikami, które mogą wpływać na poziom akceptacji. Wyniki badań własnych wskazują, że badaną grupę pacjentów charakteryzował średni stopień akceptacji choroby. Stopień akceptacji choroby jest kształtowany przez wiele czynników, a każdy człowiek chory na chorobę onkologiczną reaguje inaczej na swój stan zdrowia. Jedni pacjenci łatwiej godzą się z tym, co ich spotkało, drudzy natomiast walczą i buntują się do końca swoich dni.

W badaniach własnych zaobserwowano, że niższym stopniem akceptacji choroby charakteryzowały się osoby starsze oraz że wraz ze zmianą poziomu akceptacji choroby towarzyszyła zmiana wieku pacjenta. Im starszy pacjent, tym niższy poziom akceptacji choroby. W literaturze przedmiotu podnosi się kwestie związku wieku z akceptacją choroby nowotworowej [18]. W badaniach Kapeli i wsp. wśród pacjentów leczonych z powodu raka jelita grubego zaobserwowano natomiast większy od przeciętnego stopień akceptacji choroby [19].

Po ocenie stopnia akceptacji choroby, kolejnym etapem podjętych analiz była ocena jego związku z depresją, bólem i zmiennymi socjodemograficznymi. W badaniach własnych zaobserwowano, że wiele analizowanych zmiennych determinowało stopień akceptacji choroby w badanej grupie. Do istotnego czynnika wpływającego na akceptację choroby zalicza się depresje. Według de Walden-Gałuszko poziom akceptacji choroby ma związek z pojawieniem się depresji i innych zaburzeń psychicznych u pacjentów onkologicznych [20]. W wynikach badań własnych uzyskano wynik zgodny z przedstawionym w piśmiennictwie. Stwierdzono istotnie statystyczną różnicę w wyniku w skali AIS w zależności od wyniku w Skali Depresji Becka. Ponadto zważono, że u pacjentów bez objawów depresji występuje wyższy stopień akceptacji choroby nowotworowej, niż w przypadku chorych z depresją umiarkowaną, ciężką, gdzie poziom akceptacji choroby obniża się. W grupie badanej objawy depresyjne ogółem dotyczyły 49% badanych, a 51% chorych nie miało depresji według Skali Depresji Becka. Łagodna depresja dotyczyła 36% pacjentów, a umiarkowana 13%. Ciężkiej depresji – w oparciu o Skalę Depresji Becka nie zidentyfikowano w grupie pacjentów poddanych badaniu.

Smoleń i wsp. dodają, że u pacjentów aktywnych zawodowo, z szansą powrotu do pracy opisuje się wyższy stopień akceptacji choroby [10].

W niniejszej pracy nie wykazano zależności istotnych statystycznie dla poziomu akceptacji choroby ze stanem cywilnym czy aktywności zawodowej. Zauważono jednak trend, że średni stopień akceptacji choroby dotyczył głównie emerytów.

Wśród czynników, które w istotny sposób wpływały na poziom akceptacji wymienić należy poziom odczuwanego bólu. Badanie własne potwierdziło tą zależność istotnie statystyczną. Innymi słowy im silniejszy ból, tym niższy poziom akceptacji choroby nowotworowej.

Zaobserwowano zależność istotnie statystyczną między wdrożeniem chemioterapii u pacjentów a nasileniem objawów depresyjnych. W grupie osób badanych, u których nie zastosowano chemioterapii 47% nie wykazywało depresji, a u 13% badanych zdiagnozowano umiarkowanie ciężką depresję wg skali Depresji Becka. W grupie pacjentów, u których zastosowano chemioterapię, odsetek osób wykazujących depresję sięgał aż 83%.

Kupcewicz i Abramowicz zauważyli, że płeć, wiek, częstość leczenia szpitalnego oraz zmienne społeczno-zawodowe istotnie determinowały stopień akceptacji choroby w grupie osób leczonych z powodu POChP, natomiast obecność chorób współistniejących, wykształcenie i miejsce zamieszkania nie wpływały na stopień akceptacji choroby [21]. W badaniu własnym nie stwierdzono istotnej statystycznej zależności pomiędzy zmiennymi społeczno-zawodowymi a poziomem akceptacji choroby nowotworowej.

Nastrój jest wyznacznikiem poziomu akceptacji choroby [22]. Otrzymane wyniki badania w kierunku wykrycia depresji wskazują na rolę w jego oddziaływaniu na poziom akceptacji. Przeanalizowano jakie czynniki mogą wpływać na poziom depresji. Wiek, poziom wykształcenia, czy sytuacja materialna wydają się nie wpływać na depresję u tych pacjentów. W niniejszym badaniu wykazano, że w grupie pacjentów mieszkających w mieście, u 57% badanych nie zdiagnozowano depresji, natomiast u 8% badanych zdiagnozowano umiarkowanie ciężką depresję. W grupie pacjentów mieszkających na wsi odsetek badanych bez depresji obniżył się do 36% i jednocześnie zwiększył się odsetek badanych z depresją umiarkowaną do 25%. Depresja oceniona w Skali Becka była istotnie zależna od aktywności zawodowej, bowiem depresja umiarkowana występowała w grupie rencistów, emerytów oraz w grupie osób wykonujących pracę w innym niż wyuczonym zawodzie. Z kolei wynik

w Skali Depresji Becka nie był istotnie statystycznie zależny od stanu cywilnego. Nie stwierdzono też istotnej statystycznie zależności nasilenia depresji od wieku badanych i poziomu ich wykształcenia. Zaobserwowano jednak istotną zależność między warunkami bytowymi a stopniem nasilenia depresji. W grupie osób z bardzo dobrymi warunkami bytowymi, większość badanych nie miała depresji. W grupie z dobrymi warunkami bytowymi odsetek pacjentów bez depresji spadł do 47%, ale jednocześnie wzrósł odsetek pacjentów z depresją umiarkowaną. Podobny trend zanotowano w grupie badanych z przeciętnymi warunkami bytowymi – spada odsetek badanych bez depresji do 29% pacjentów i rośnie odsetek badanych z depresją umiarkowaną do 36% pacjentów. W grupie badanych ze złymi warunkami bytowymi, u wszystkich pacjentów zdiagnozowano umiarkowanie ciężką depresję wg Skali Depresji Becka.

Zarówno wyniki badań własnych, jak i cytowanych powyżej wskazują, że stopień akceptacji choroby jest bardzo indywidualny i mogą na niego wpływać czynniki związane z chorobą (m.in. długość trwania, rodzaj, występujące dolegliwości somatyczne czy zaawansowanie), socjodemograficzne, związane ze środowiskiem zamieszkania czy osobowościowe.

Wnioski

1. Grupę ryzyka niskiego poziomu akceptacji choroby nowotworowej stanowią pacjenci w starszym wieku z depresją, leczeni chemioterapią.
2. Objęcie indywidualną opieką osób starszych może sprzyjać zaangażowaniu ich w proces zdrowienia.
3. Nastrój jest wyznacznikiem poziomu akceptacji choroby.
4. Do czynników, które w istotny sposób wpływają na poziom akceptacji zaliczyć należy poziom odczuwanego bólu.
5. Istnieje zależność między warunkami bytowymi a stopniem nasilenia depresji.
6. Depresja oceniona w Skali Becka jest istotnie zależna od aktywności zawodowej.

Piśmiennictwo:

1. Majkovicz M. Wybrane problemy psychoonkologii z uwzględnieniem zagadnień psychiatrycznych. Psych Prakt Klin 2008; 1: 57-66 1.
2. Leder S. Jakość życia a psychiatria konsultacyjna i psychoterapia. W: Jakość życia w chorobie nowotworowej. Meyza J (red.). Centrum

- Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 1997; 210-241.
3. Kołpa M, Wywrot-Kozłowska B, Jurkiewicz B, et al. Czynniki determinujące akceptację i przystosowanie do choroby nowotworowej. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*. 2015; 3: 165–169.
 4. Smoleń E, Hombek K, Jarema M, Słysz M, Kalita K. Czynniki warunkujące akceptację choroby u pacjentów leczonych onkologicznie. *Med Og Nauk Zdr*. 2018; 24(1): 37–43
 5. Basińska B. Radzenie sobie z konfrontacją stresową a kontinuum zdrowie – choroba nowotworowa. *Psychoonkologia* 2001; 8(1).
 6. Jakubas J, Rycombel A, Lomper K. Wpływ akceptacji choroby na jakość życia kobiet z rakiem. *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia*. 2014; 3(3).
 7. Juczyński Z. Psychoonkologiczne wyznaczniki przystosowania się do choroby nowotworowej. *Psychoonkologia* 1997; 1: 1-10.
 8. Kozaka J. Radzenie sobie ze stresem choroby – współczesne koncepcje teoretyczne. *Psychoonkologia* 2010; 2: 60-69.
 9. Ogińska-Bulik N. Rola zasobów osobistych w rozwoju po traumie u osób zmagających się z chorobami nowotworowymi. *Psychoonkologia* 2015; 3: 88-96.
 10. Jarosz M. *Psychologia lekarska*. PZWL 1998.
 11. Kieszkowska-Grudny A. Zaburzenia psychiczne u chorych na nowotwory – podejście kliniczne. *OncoRwiew* 2013/Vol. 3/Nr 2/119-128.
 12. Nowicki A., Rządkowska B. Depresja i lęk u chorych z nowotworami złośliwymi. *Współ. Onkol.* 2005; 9(9): 396-403.
 13. Zaburzenia psychiczne w przebiegu choroby nowotworowej *Mental disorders in the course of neoplasms* Agnieszka Rolińska, Ola Furmaga, Wojciech Kwaśniewski, Marta Makara-Studzińska Samodzielna Pracownia Zdrowia Psychicznego w Lublinie 2 Uniwersytet Medyczny w Lublinie 3 Zakład Immunologii Medycznej i Immunoterapii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.
 14. Dąbska O., Humeniuk E., Krupa A. Depresyjność u osób z chorobą nowotworową. *Psychoonkologia* 2017, 21 (2): 52–57.
 15. Babbie E. *Badania społeczne w praktyce*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN 2007; s. 508.

16. Współczynnik korelacji rang Spearmana:
https://mfiles.pl/pl/index.php/Współczynnik_korelacji_rang_Spearmana
Dostęp z dn. 12.12.2018 r.
17. Ślusarska B. Medycyna Paliatywna/Palliative Medicine Związek siły wiary religijnej i duchowości ze stopniem akceptacji choroby w grupie pacjentów objętych domową opieką paliatywną.
18. Kaptacz I. Ocena jakości życia, akceptacja choroby, potrzeb i oczekiwań pacjentów objętych domową opieką paliatywną – wstępne badanie pilotażowe. *Med Paliat* 2018; 10: 137-144.
19. Kapela I, Bąk E, Krzemińska SA i wsp. Ocena poziomu akceptacji choroby i satysfakcji z życia u chorych na raka jelita grubego leczonych chemioterapią. *Piel Zdr Publ* 2017; 26: 53-61.
20. de Walden-Gałuszko K. *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
21. Kupcewicz E, Abramowicz A. Wpływ wybranych czynników socjodemograficznych na stopień akceptacji choroby i poziom satysfakcji z życia u pacjentów leczonych z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. *Hygeia Public Health* 2015; 50: 142-148.
22. Barańska A, Waraksa-Wiśniewska M, Andruszkiewicz A. Nastrój jako wyznacznik akceptacji choroby pacjentów dializowanych. *Nefrol Dial Pol* 2014; 18: 27-31

Tekst złożony w redakcji: 15.03.2021 r.

Przyjęto do druku: 20.04.2021 r.