

Justyna Car¹, Jolanta Życińska², Wiesław Lasota³

OCENA DYSTRESU I DEPRESJI U OSÓB CHORYCH NA NOWOTWORY ZŁOŚLIWE

ASSESSMENT OF PSYCHOLOGICAL DISTRESS AND DEPRESSION IN CANCER PATIENTS

¹ Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego

Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH w Warszawie

² Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Wydział Zamiejscowy w Katowicach

³ Klinika Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej

Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

STRESZCZENIE

WSTĘP. Jakość życia chorych onkologicznie, a w szczególności przeżywany przez nich dystres (stres o negatywnych konsekwencjach) i depresja, jest ważnym zagadnieniem zdrowia publicznego. Wynika to zarówno z częstego, ale niedoszacowanego współwystępowania tych zjawisk, jak również z pogorszenia rokowania u chorych onkologicznie, kiedy jednocześnie występują zaburzenia natury psychicznej.

CELEM PRACY była ocena depresyjności oraz samooceny stanu zdrowia psychicznego jako predyktorów odczuwanego dystresu przez pacjentów onkologicznych z uwzględnieniem różnic między chorymi na raka piersi i raka płuca.

MATERIAL I METODY. W badaniu ankietowym wzięło udział 106 respondentów (50,9% kobiet po mastektomii i 49,1% chorych z rakiem płuca). Zmienne oszacowano za pomocą następujących kwestionariuszy: Termometr Dystresu (DT) z dołączoną Listą Problemów (PPL), Inwentarz Depresji Becka (BDI) oraz Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia Goldberga (wersja GHQ-12).

WYNIKI. Średni poziom odczuwanego dystresu w ostatnim tygodniu (DT) przekroczył próg 4 punktów ($M = 4,53$; $SD = 2,98$), oznacza to, że ponad połowa (52,8%) pacjentów powinna być objęta pomocą psychologiczną. Najczęściej wskazywanymi problemami z PPL były: podenerwowanie, martwienie się, zmęczenie i problemy ze snem. Doświadczany dystres był istotnie wyższy u kobiet po mastektomii ($M = 5,74$; $SD = 2,86$) w porównaniu z pacjentami z rakiem płuca ($M = 3,27$; $SD = 2,37$). Hierarchiczna analiza regresji wykazała, że depresyjność (ogólny wynik BDI) oraz ogólna samoocena stanu zdrowia psychicznego (GHQ-12) wyjaśniają odczuwany dystres (DT) w większym stopniu niż rodzaj nowotworu (odpowiednio poziom wyjaśnionej wariancji: 21% i 11%).

WNIOSKI. Wysoki poziom dystresu doświadczany przez pacjentów onkologicznych jest ważnym problemem zdrowia publicznego. DT jest narzędziem przesiewowym do oceny dystresu wśród pacjentów onkologicznych niezależnie od lokalizacji nowotworu. Jego zastosowanie umożliwia zidentyfikowanie osób, którym potrzebne jest wsparcie psychologiczne lub inny rodzaj terapii.

SŁOWA KLUCZOWE: *pacjent onkologiczny, psychologiczny dystres, depresja, Termometr Dystresu, zdrowie publiczne*

ABSTRACT

INTRODUCTION. The quality of cancer patients' life, especially experienced distress and depression, is an important topic of public health. This is due to common (but underestimated) coincidence of those problems and their unfavorable influence on patients' prognosis.

THE AIM of the study was to assess the predictive power of depression and general mental health for the perceived distress and related problems in two groups of patients: patients with breast cancer and patients with lung cancer. **METHODS.** The study comprised 106 respondents (50.9% were women after mastectomy, and 49.1% patients had lung cancer). The following tools were used in the research: the Distress Thermometer (DT) with Patients Problem List (PPL), the Beck Depression Inventory (BDI) and the General Health Questionnaire (GHQ-12).

RESULTS. The average score of experienced distress in the past week was above cutoff score ($M = 4.53$; $SD = 2.98$), thus more than half of the patients (52.8%) probably required psychological intervention. The most frequent concerns pointed out on the PPL were: nervousness, worry, fatigue and sleep problems. Experienced distress was significantly higher in women after mastectomy ($M = 5.74$; $SD = 2.86$) compared to patients with lung cancer ($M = 3.27$; $SD = 2.37$). The results of hierarchical regression analysis revealed that distress (DT) was explained in a larger extent by depression (BDI) and general mental health (GHQ-12) than by the kind of cancer (21% and 11% of explained variance, respectively).

CONCLUSIONS. The high level of experienced distress by patients with cancer is a considerable issue of public health. DT is a good tool to screen for distress among patients regardless of the kind of cancer. This allows identification of patients who need psychological support or other kind of therapy.

KEY WORDS: cancer patient, psychological distress, depression, Distress Thermometer, public health

WSTĘP

Mimo stopniowego zmniejszania się zachorowalności na nowotwory złośliwe w krajach rozwiniętych w ostatnich latach, ludzie coraz częściej umierają w nich z powodu raka. Od niedawna, w niektórych krajach Europy, daje się zauważyć, że choroby nowotworowe stają się pierwszą przyczyną zgonu (1, 2, 3). Z uwagi na duże ryzyko zgonu oraz trudne i obciążające leczenie, chorzy na nowotwory złośliwe często cierpią na zaburzenia psychiczne, takie jak: depresja, lęk, zaburzenia świadomości, zespoły psychoorganiczne czy zaburzenia psychotyczne (4). Zaburzenia te są przyczyną gorszej jakości życia chorych, mają także znaczenie dla obiektywnych wskaźników, takich jak np. przebieg choroby, średnia długość przeżycia i śmiertelność (5, 6, 7). Wydaje się zatem uzasadnione rozwijanie badań nad mechanizmami oceny dystresu (czyli stresu o jednoznacznie negatywnych konsekwencjach) u pacjentów onkologicznych, a co za tym idzie – nad narzędziami przesiewowymi różnicującymi objawy choroby podstawowej od objawów zaburzeń psychicznych. Wyniki tych badań umożliwią skuteczne udzielanie pomocy psychologicznej pacjentom w sytuacji choroby.

Celem badania jest ocena depresyjności oraz samooceny stanu zdrowia psychicznego jako predyktorów odczuwanego dystresu oraz problemów związanych z chorobą przez pacjentów onkologicznych z uwzględnieniem różnic zachodzących między chorymi na raka piersi i raka płuca. Oczekuje się, że wynik tego badania pozwoli określić przydatność zastosowanych narzędzi przesiewowych stosowanych wśród pacjentów onkologicznych.

MATERIAŁ I METODY

W badaniu wzięło udział 106 pacjentów onkologicznych (49,1% chorych z rakiem płuca i 50,9% kobiet po mastektomii), leczonych na oddziałach onkologicznych w szpitalach województwa mazowieckiego. W badanej grupie pacjentów kobiety stanowiły 79,2% (84 osoby), a mężczyźni 20,8% (22 chorych tylko z rakiem płuca). Dysproporcję tę można tłumaczyć faktem rzadkiej zachorowalności na raka piersi wśród mężczyzn (8).

Wiek respondentów zawierał się w przedziale od 18 do 76 lat ($M = 56,7$; $SD = 11,27$), większość badanych (75,5%) była w związku małżeńskim lub wolnym związku. Prawie połowa ankietowanych (45,3%) miała średnie wykształcenie, na drugim miejscu pod względem częstości były osoby z wykształceniem wyższym (32,1%), a najmniej liczną grupę stanowiły osoby z wykształceniem zawodowym i podstawowym (22,6%). Grupy różniące się rodzajem nowotworu były homogeniczne pod względem wymienionych charakterystyk (wiek, stan cywilny i wykształcenie).

Większość badanych (78,3%) była aktualnie leczona. Najczęstszą formą leczenia (można było wymienić kilka równocześnie) była chemioterapia (51,8%), nieco rzadziej radioterapia (39,8%), natomiast leczenie chirurgiczne i hormonalne deklarowało po 14,5% pacjentów. Grupy różniły się między sobą pod względem otrzymywanego leczenia ($\chi^2 = 11,79$; $df = 1$; $p = 0,001$): kobiety z rakiem piersi w porównaniu z chorymi z rakiem płuca statystycznie częściej nie były aktualnie poddawane żadnemu leczeniu (35,2% vs. 7,7%). Znacząca większość, bo aż 88,7% badanych była zadowolona z otrzymywanego wsparcia społecznego w chorobie, które nie różnicowało obu badanych grup.

Pacjenci po podpisaniu zgody na dobrowolny udział w badaniu wypełniali następujące kwestionariusze:

Termometr Dystresu i Lista problemów (*Distress Thermometer*, DT, *Patient Problem List*, PPL) (9, 10). DT służy do oceny dystresu psychologicznego doświadczanego przez pacjentów onkologicznych w ciągu ostatnich siedmiu dni na skali od 0 – *brak stresu* do 10 – *ekstremalny stres*. Badania walidacyjne dokumentują, że próg 4 punktów (i poniżej) wskazuje na największą czułość i specyficzność tego narzędzia (11) w różnicowaniu pacjentów z dystresem (także klinicznymi zaburzeniami depresji i lęku). PPL zawiera 35 problemów najczęściej zgłaszanych przez pacjentów onkologicznych pogrupowanych w pięć kategorii: praktyczne (np. związane z ubezpieczeniem), rodzinne, emocjonalne, religijne/duchowe oraz fizyczne. Podobnie jak w DT pacjenci oceniają ich występowanie (Tak/Nie) w ostatnim tygodniu.

Inwentarz Depresji Becka (*Beck Depression Inventory*, BDI, w polskiej adaptacji *Parnowskiego i Jernajczyka*) (12) służy do samooceny depresji za pomocą 21 pozycji ocenianych według intensywności objawów (od 0 do 3 punktów) przyporządkowanych do następujących kategorii: zaburzenia nastroju, zaburzenia aktywności złożonej, lęk i zaburzenia somatyczne. Wartość wyniku ogólnego mieści się w granicach 0 – 63, a większej liczbie punktów odpowiada większa depresyjność. Narzędzie było walidowane wśród pacjentów nowotworowych, w tym kobiet po mastektomii (13), gdzie jako punkt odcięcia przyjęto 16. Współczynnik rzetelności w badaniu własnym α Cronbacha wyniósł 0,84.

Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia – wersja 12-pytaniowa (*General Health Questionnaire*, GHQ-12; D. Goldberga w polskiej adaptacji *Makowskiej i Merecz*) (14) jest najkrótszą wersją GHQ i służy do oceny ogólnego stanu zdrowia psychicznego w populacji ogólnej. Na jego podstawie można także ewaluować poczucie zaburzenia psychicznego i subiektywną ocenę jego następstw, nazywane niespecyficznym psychologicznym dystresem. W badaniu zastosowano dychotomiczną metodę oceny odpowiedzi (0–0–1–1), w której można uzyskać maksymalnie 12 punktów. Próg punktowy to 2/3, co oznacza prawdopodobne występowanie zaburzenia u osób, które otrzymały 3 i więcej punktów. Współczynnik α Cronbacha w naszym badaniu wyniósł 0,88.

Wyniki zostały opracowane za pomocą programu statystycznego PASW Statistics 18.0.

WYNIKI

Charakterystyki opisowe badanych zmiennych oraz korelacje między nimi zamieszczono w tabeli I. Średni poziom odczuwanego dystresu w ostatnim tygodniu oceniany za pomocą DT przekroczył próg 4 punktów

($M = 4,53$). Ponad połowa (52,8%) pacjentów zadeklarowała wartość 5 i więcej, i według twórców narzędzia powinni oni zostać objęci wsparciem psychologicznym (15). Wśród problemów wymienionych w PPL pacjenci deklarowali najczęściej problemy emocjonalne: podenerwowanie (64,2%), martwienie się (55,7%), smutek (45,3%) oraz lęki (23,6%). Spośród problemów fizycznych ankietowani najczęściej wskazywali: zmęczenie (56,6%), problemy ze snem (52,8%), ból (36,8%), problemy z pamięcią/koncentracją (34%). Spośród problemów praktycznych ankietowani najczęściej zgłaszali problemy związane z transportem/przemieszczaniem się (16%) i problemy finansowe/ubezpieczeniowe (12,3%). Spośród problemów rodzinnych 10,4% pacjentów deklarowało problemy w relacjach z dziećmi, a 8,5% w relacjach z partnerem. Problemy związane z życiem duchowym/religijnym zaznaczyło zaledwie 6,6% pacjentów.

Wynik uzyskany w Inwentarzu Depresji Becka nie przekroczył punktu odcięcia przyjętego dla pacjentów onkologicznych ($M=13,51$; $SD=7,93$). Zatem większość pacjentów, bo aż 70,8% osiągnęło wynik poniżej 16 punktów, a 29,2% pacjentów wynik powyżej progu świadczącego o prawdopodobieństwie występowania zaburzeń depresyjnych. Uzyskane wyniki oznaczają także, że nie wszyscy pacjenci deklarujący wysoki poziom dystresu są równocześnie depresyjni.

Średni wynik w Kwestionariuszu Ogólnego Stanu Zdrowia, podobnie jak w przypadku DT przekroczył próg świadczący o występowaniu niespecyficznego psychologicznego dystresu ($M = 4,87$). Brak odchyień w ocenie stanu zdrowia (wynik poniżej 3) stwierdzono jedynie u 36,4% badanych. Można zatem stwierdzić, że wyniki uzyskane za pomocą GHQ-12 identyfikowały największą grupę osób doświadczających cierpienia psychicznego – 63,6%.

Średni wynik doświadczanego dystresu wśród chorych na raka piersi wynosił 5,74 ($SD = 2,86$; średnia ranga 66,08), a dla raka płuca 3,27 ($SD = 2,37$; średnia ranga 40,43). Wykorzystując test nieparametryczny U Manna-Whitneya uzyskano wynik wskazujący na istotną statystycznie różnicę pomiędzy badanymi grupami ($Z = -4,32$; $p < 0,001$). Okazuje się, że chore na raka piersi (grupa składająca się wyłącznie z kobiet) znamienne częściej odczuwały wyższy poziom dystresu w porównaniu do chorych na raka płuca.

W celu potwierdzenia różnicy pomiędzy obiema grupami chorych na raka weryfikowano także zależności odnoszące się do zidentyfikowanych wcześniej zmiennych, tj. płci oraz otrzymywanego aktualnie leczenia. Uwzględniając istotne różnice w reprezentacji kobiet i mężczyzn pomiędzy badanymi grupami, okazało się, że zmienna ta nie ma znaczenia dla depresyjności (BDI) i oceny stanu zdrowia psychicznego badanych (GHQ-12) ($p > 0,05$). Ma ona jednak zna-

czenie w przypadku poziomu odczuwanego dystresu zaznaczanego na skali DT (średnie rangi w teście U Manna-Whitneya: kobiety -57,01; mężczyźni - 40,11; $Z = -2,31$; $p < 0,05$). Jednak po wyodrębnieniu grupy z rakiem płuca, w której byli i mężczyźni i kobiety, nie uwidoczniło się zależności odczuwanego dystresu od płci badanych ($p > 0,05$ w analizie U Manna-Whitneya dla grupy z rakiem płuca).

Brak otrzymywanego aktualnie leczenia także nie wpłynął istotnie na poziom odczuwanego dystresu (DT), poziom depresji (BDI) oraz na samoocenę stanu zdrowia (GHQ-12) ($p > 0,05$ w teście t dla prób niezależnych).

Analiza związków między zmiennymi uwzględnionymi w badaniu (tab. I) wskazuje, że są one istotne statystycznie na przeciętnym lub niskim poziomie. Wraz ze wzrostem odczuwanego dystresu w sposób istotny statystycznie wzrastały wyniki całościowe osiągnięte w kwestionariuszu BDI, co oznacza, że im większy dystres, tym wyższy poziom depresji u badanych pacjentów. Ponadto istniała dodatnia korelacja między poziomem dystresu a podskalami BDI opisującymi obniżenie nastroju, obniżenie aktywności złożonej, występowanie lęku i zaburzeń somatycznych. Istnieje również silna korelacja dodatnia między odczuwanym dystresem i wynikiem otrzymanym w kwestionariuszu GHQ-12. Jeszcze wyraźniejszy jest związek między wynikami kwestionariusza GHQ-12 a BDI, który dotyczy także wszystkich badanych podskal. Silną korelację odnotowano między poziomem dystresu (DT) a ilością problemów natury emocjonalnej wskazywanych na Liście Problemów ($\sigma = 0,51$; $p < 0,001$).

Aby potwierdzić wyniki uzyskane w poprzednich analizach zastosowano hierarchiczną analizę regresji, w której zmienną objaśnianą był odczuwany dystres (DT), a zmiennymi objaśniającymi depresja (wynik ogólny BDI) i ogólny stan zdrowia psychicznego (GHQ-12) oraz ich interakcja (ze względu na wykazany wcześniej wysoki poziom korelacji tych zmiennych), a także rodzaj nowotworu (tab. II).

Tabela II. Regresja hierarchiczna depresji (wynik ogólny BDI), stanu psychicznego (GHQ-12) i ich interakcji oraz rodzaju nowotworu względem oceny dystresu (DT) w grupie 106 osób badanych.

Table II. Hierarchical regression: depression (BDI global score), general mental health (GHQ-12), their interaction and kind of cancer regressed on distress assessment (DT) in 106 respondents.

Zmienne wprowadzone do modelu	R	R ²	ΔR^2	$\Delta F/p$	β Krok 4
Krok 1:	0,46	0,21	0,21	10,03***	
Depresja (wynik ogólny BDI)					0,47*
Stan psychiczny (GHQ-12)					0,38†
Krok 2: Depresja x stan psychiczny	0,48	0,23	0,02	1,50	-0,39
Krok 3: Rodzaj nowotworu	0,58	0,34	0,11	11,87***	-0,31**

Uwaga: † $p < 0,08$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; Krok 4: $F = 7,08$; $p < 0,001$; Skorygowane $R^2 = 0,30$.

Zmienne rodzaj nowotworu oraz płeć wprowadzone jako zmienne dychotomiczne (odpowiednio: Rak piersi - 0; Rak płuca - 1).

Tabela I. Korelacje między zmiennymi uwzględnionymi w badaniu dystresu i depresji u 106 respondentów oraz ich charakterystyki opisowe.

Table I. Intercorrelation between variables included in the study on distress and depression in 106 respondents and their descriptive characteristics.

Zmienne	1. Dystres (wynik w DT)	2. Depresja (wynik ogólny BDI)	3. Obniżenie nastroju (podskala BDI)	4. Obniżenie aktywności złożonej (pod- skala BDI)	5. Lęk (pytanie K ¹ - BDI)	6. Zaburzenia somatyczne (podskala BDI)	M	SD
1. Dystres (wynik w DT)	-						4,53	2,98
2. Depresja (wynik ogólny BDI)	0,46***	-					13,51	7,93
3. Obniżenie nastroju (podskala BDI)	0,44***	0,92***	-				6,52	4,83
4. Obniżenie aktywności złożonej (podskala BDI)	0,23*	0,76***	0,62***	-			1,70	1,57
5. Lęk (pytanie K ¹ - BDI)	0,34***	0,57***	0,56***	0,34***	-		0,24	0,43
6. Zaburzenia somatyczne (podskala BDI)	0,33**	0,71***	0,43***	0,46***	0,24*	-	4,57	2,62
7. Stan psychiczny (wynik ogólny GHQ-12)	0,39***	0,65***	0,53***	0,67***	0,42***	0,48***	4,87	3,71

Uwaga: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

¹ Korelacje z tą zmienną wykonane za pomocą współczynnika rho-Spearmana

Wprowadzone w pierwszym kroku zmienne psychologiczne wyjaśniały 21% wariacji, natomiast uwzględniona w kroku drugim interakcja tych zmiennych nie zmieniła istotnie statystycznie poziomu wyjaśnionej wariacji. Wprowadzona w ostatnim kroku zmienna – rodzaj nowotworu, wyjaśniała 11% wariacji całkowitej względem odczuwanego w ostatnim tygodniu poziomu dystresu. Oznacza to, że zmienne psychologiczne wyjaśniają odczuwany dystres w większym stopniu niż rodzaj nowotworu. Uzyskane wyniki wskazują, że poziom dystresu wzrasta wraz z objawami depresji i ogólnej oceny stanu zdrowia psychicznego (na poziomie tendencji), przy czym uwzględnienie ich interakcji nie ma znaczenia – można na tej podstawie wnioskować, że depresja oraz ogólna samoocena zdrowia odnoszą się do odmiennych aspektów odczuwanego dystresu. Ponadto, co wykazano wcześniej – odczuwany dystres jest wyższy u chorych ze zdiagnozowanym rakiem piersi.

DYSKUSJA

Uzyskane wyniki potwierdziły związek dystresu z występowaniem problemów związanych z zachowaniem na raka wśród pacjentów onkologicznych. Ponadto, im wyższy poziom dystresu, tym wyższy poziom depresji i gorsza samoocena stanu zdrowia. Pacjenci z wyższym poziomem dystresu częściej zgłaszali problemy emocjonalne, co nie odbiega od wyników innych badań (11, 15). Potwierdzono także wyniki badań dokumentujących, że najczęściej wskazywanymi problemami (powyżej 50%) z listy problemów dołączonej do Termometru Dystresu były: podenerwowanie, martwienie się, zmęczenie i problemy ze snem (16). Na podstawie przeprowadzonej analizy regresji wydaje się także istotne, że lepszym predyktorem dystresu wśród pacjentów onkologicznych jest BDI niż GHQ-12, przy czym każde z narzędzi w odmienny sposób łączy się z dystresem. Oznacza to, że DT jest narzędziem przesiewowym, które z większym prawdopodobieństwem różnicuje zaburzenia depresyjne niż inne zaburzenia psychiczne i spostrzegane konsekwencje z nimi związane. Pomimo tego, że wyniki osiągnęte w Termometrze Dystresu wiążą się z rodzajem nowotworu, to jednak nie specyfika choroby, ale zmienne psychologiczne mają większe znaczenie w jego ocenie. Podsumowując – TD jest dobrym narzędziem przesiewowym niezależnie od lokalizacji nowotworu.

Jak wykazano, nie występują istotne różnice w poziomie depresji i ocenie stanu zdrowia pomiędzy dwiema grupami pacjentów – chorymi na raka piersi i chorymi na raka płuca. Wyniki badania dotyczące występowania depresji nie odbiegają od wyników innych badań związanych z tym tematem. Co prawda

w piśmiennictwie podawana jest dość duża rozpiętość wyników dotyczących występowania depresji oraz istnieją różne rodzaje kwestionariuszy do jej badania, ale potwierdzają one powagę zjawiska jakim jest częstsze występowanie depresji u chorych na nowotwory złośliwe w porównaniu do populacji ogólnej (17, 18, 19). Brak różnic między chorymi na raka piersi i raka płuca również znajduje potwierdzenie w literaturze, która mówi o częstszym związku występowania depresji z tymi właśnie rodzajami nowotworów (obok raka trzustki i nosogardła), w porównaniu do innych lokalizacji (17).

Na szczególne omówienie zasługują wyniki dotyczące odczuwanego dystresu wśród osób badanych. W przeprowadzonym badaniu odnotowano wyższy poziom dystresu wśród chorych z rakiem piersi w porównaniu do chorych z rakiem płuca. Wydaje się to zaskakujące, jeśli weźmiemy pod uwagę znacząco gorsze rokowania w przypadku nowotworu płuca.

Badania, które można przywołać w kontekście tego wyniku, a przeprowadzone przez zespół *Heszen* (20) w latach 90-tych, dotyczą przeżywania i przebiegu emocji negatywnych i pozytywnych wśród różnych grup pacjentów. Stwierdzono w nich wyższy poziom nadziei oraz nieco niższy poziom lęku wśród pacjentów z nowotworami o niekorzystnym rokowaniu w porównaniu do osób po zawale serca i chorujących na nadciśnienie tętnicze po 5 miesiącach od postawienia diagnozy. Subiektywna ocena stanu zdrowia (fizycznego) na początku choroby była w grupie chorych na raka istotnie gorsza niż np. chorych na nadciśnienie tętnicze, ale po pewnym czasie znacząco się poprawiała. Wraz z czasem trwania choroby wzrastał poziom nadziei, a malał poziom lęku. Wydawałoby się, że choroba nowotworowa powinna być gorzej znoszona psychicznie przez pacjentów niż nadciśnienie tętnicze, które często jest bezobjawowe. Prawdopodobne wyjaśnienie tej sytuacji wiąże się z faktem intensywnego uruchamiania przez chorych na raka strategii związanych z pozytywnymi emocjami, takich jak: pozytywne przewartościowanie, radzenie sobie skoncentrowane na problemie, czy odbudowywanie zasobów poprzez wzbudzanie zdarzeń pozytywnych lub nadawanie pozytywnego afektu zwykłym wydarzeniom (20, 21). Prawdopodobnie część z tych mechanizmów odpowiada za istotnie niższy poziom dystresu wśród chorych na raka płuca w porównaniu z pacjentkami z rakiem piersi.

Kolejnym możliwym wyjaśnieniem są mechanizmy obronne uruchamiane przez część pacjentów. Dzięki nim możliwa jest znacząca redukcja lęku. Odbywa się to przy pomocy częściowo nieświadomych procesów, takich jak: zaprzeczanie czy tłumienie (22). Szacuje się, że około 1/5 chorych stosuje zaprzeczanie w ramach radzenia sobie z chorobą. Procesy te mają swoje negatywne następstwa, np. związane z opóźnieniem

leczenia czy niestosowaniem profilaktyki. Mogą one jednak pełnić też funkcję ochronną, np. zmniejszać negatywne odczucia (m.in. niepokój), redukować nasilenie dolegliwości somatycznych czy poczucie zagrożenia. Pomijając różnice w teoriach wyjaśniających ciąg przyczynowo-skutkowy, w jakim dochodzi do redukcji lęku, czy to poprzez zaprzeczanie choroby czy też zaprzeczanie samemu lękowi, wynikiem uruchomienia tych mechanizmów jest mniejsze napięcie oraz postrzeganie przyszłości w bardziej pozytywnym zabarwieniu (23). Być może chorzy na raka płuca intensywniej uruchamiają takie mechanizmy obronne, co pozwala im przeżywać mniejszy dystres w porównaniu do chorych z rakiem piersi.

Z uwagi na niezwykle częsty związek występowania raka płuca z paleniem papierosów i powszechną świadomość tego faktu (choćby poprzez dostęp do informacji na opakowaniach papierosów) (24), jednym z możliwych wyjaśnień niższego poziomu dystresu u chorych z rakiem płuca może być świadomość ryzyka, jakie podejmowali paląc papierosy i co za tym idzie, podejście do diagnozy jako konsekwencji własnego zachowania. Może to być znaczące ułatwienie, gdy weźmiemy pod uwagę teorię adaptacji poznawczej Taylor, wg której atrybucja przyczyn będąca pierwszą fazą adaptacji do choroby występuje u niemal wszystkich pacjentów, poprzedzając fazę uzyskiwania kontroli nad sytuacją oraz następującą po niej fazę odzyskiwania poczucia własnej wartości (za: 25).

Nie bez znaczenia jest również sposób okaleczenia ciała pacjenta, będący elementem leczenia, różny w przypadku omawianych nowotworów. Mastektomia lub nawet zabieg oszczędzający pierś jest rodzajem operacji, który w znaczący sposób narusza kobiecość i poczucie własnej atrakcyjności u pacjentek, co może powodować znaczący stres choćby z uwagi na uwarunkowania kulturowe (22, 26). Natomiast, nawet gdy dochodzi do usunięcia fragmentu lub całego płuca, wiąże się to „jedynie” z obecnością blizny i to zazwyczaj na boku i/lub na plecach pacjenta, która w zasadniczy sposób nie zmienia obrazu ciała chorego. Niewykluczone, że te różnice mają wpływ na odzyskiwanie poczucia własnej wartości (prawdopodobnie łatwiejsze wśród chorych z rakiem płuca), które wg Taylor jest ostatnim etapem przystosowania się do choroby (za: 25).

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Wysoki poziom dystresu doświadczany przez pacjentów chorych na raka jest ważnym problemem zdrowia publicznego. Dystres pacjentów onkologicznych łączy się przede wszystkim z zaburzeniami nastroju, które wyjaśniają go w większym stopniu niż rodzaj (lokalizacja) nowotworu. Zaburzenia powodują nie

tylko gorszą jakość życia chorych, ale co niezwykle ważne, pogarszają rokowanie związane z przebiegiem choroby i długością życia. Problem ten powinien być zauważony zarówno przez personel medyczny, jak i samych chorych oraz ich otoczenie. Co istotne, współczesna medycyna i psychologia mają w swojej ofercie zarówno narzędzia do szybkiego diagnozowania tych zaburzeń (takie jak Termometr Dystresu), jak i możliwości skutecznego ich leczenia.

PIŚMIENNICTWO

1. World Health Organization. European Detailed Mortality Database, 2010. www.data.euro.who.int/dmddb
2. World Health Organization. World Health Statistics. Geneva: World Health Organization 2009. http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/en/index.html
3. Wysocki M J, Car J. Zmiana hierarchii zgonów w niektórych krajach Unii Europejskiej. *Przeegl Epidemiol* 2010;64:115-8.
4. Trzebiatowska I. Zaburzenia psychiczne w chorobach nowotworowych. W: de Walden-Gałuszko K, red. *Psychoonkologia*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2000:71-81.
5. Onitilo AA, Nietert PJ, Egede LE. Effect of depression on all cause mortality in adults with cancer and differential effects by cancer site. *Gen Hosp Psychiatry* 2006; 28(5):396-402.
6. Spiegel D, Giese-Davis J. Depression and cancer: mechanisms and disease progression. *Biol Psychiatry* 2003; 54:269-282.
7. Watson M, Homewood J, Haviland J, Bliss JM. Influence of psychological response on breast cancer survival: 10-year follow-up of a population-based cohort. *Eur J Cancer* 2005; 41(12):1710-4.
8. Didkowska J, Wojciechowska U, Zatoński W. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2007 roku. Warszawa: Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie; 2009:58.
9. National Comprehensive Cancer Network. Distress management clinical practice guidelines. *J Natl Comp Cancer Network* 2003;1:344-374.
10. Życińska J, Wojtyna E, Heyda A, Syska-Bielak A. Polska adaptacja skali Distress Thermometer. Badania walidacyjne i normalizacyjne wśród pacjentów onkologicznych. Wykład wygłoszony na XXXIII Zjeździe Naukowym Polskiego Towarzystwa Psychologicznego w Poznaniu 2008.
11. Ransom S, Jacobsen PB, Booth-Jones M. Validation of the distress thermometer with bone marrow transplant patients. *Psycho-Oncology* 2006;15:604-612. DOI: 10.1002/pon.993.
12. Parnowski T, Jernajczyk W. Inwentarz Depresji Beck'a w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne. *Psychiatria Polska* 1977; t.11(4):417-421.
13. Berard RMF, Boermeester F, Viljoen G. Depressive disorders in an out-patient oncology setting: Prevalen-

- ce, assessment, and management. *Psycho-Oncology* 1998;7:112–120.
14. Makowska Z, Merecz D. Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Goldberga. Podręcznik dla użytkowników kwestionariuszy GHQ-12 i GHQ-28. Łódź: MP; 2001.
 15. Jacobsen PB, et al. Screening for Psychologic Distress in Ambulatory Cancer Patients. A Multicenter Evaluation of the Distress Thermometer. *Cancer* 2005; Vol.103, nr 7:1494-1502.
 16. Head BA, Schapmire TJ, Keeney CE, i in. Use of Distress Thermometer to discern clinically relevant quality of life differences of women in breast cancer. *Qual Life Res* 2011; DOI 10.1007/s11136-011-9934-3.
 17. Massie MJ. Prevalence of Depression in Patients With Cancer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs* 2004; No 32:57-71.
 18. Dudek D, Siwek M. Współistnienie chorób somatycznych i depresji. *Psychiatria* 2007; tom 4, nr 1:17-24.
 19. Pużyński S. Depresje i zaburzenia afektywne. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009.
 20. Heszen I. Pozytywne emocje w negatywnych sytuacjach: skąd się biorą i jak zmieniają radzenie sobie. W: Heszen I, Życińska J, red. *Psychologia zdrowia: w poszukiwaniu pozytywnych inspiracji*. Warszawa: Academica Wydawnictwo SWPS; 2008:139-150.
 21. Gałuszka A. Dynamika poznawczego i emocjonalnego funkcjonowania osób chorych przewlekle. W: Heszen-Niejodek I, red. *Jak żyć z chorobą, a jak ją pokonać*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego; 2000:34-54.
 22. Adamczak M. Wybrane procesy poznawcze i emocjonalne u kobiet po mastektomii. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza; 1998.
 23. Ostrowski TM. Psychologiczne determinanty i następstwa zaprzeczania chorobie po zawale serca. *Przegląd psychologiczny* 1999; tom 42, nr 4:115-141.
 24. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 lutego 2004 r. w sprawie badania zawartości niektórych substancji w dymie papierosowym oraz informacji i ostrzeżeń zamieszczanych na opakowaniach wyrobów tytoniowych. Dz.U.04.31.275.
 25. Heszen I, Sęk H. Zachowanie wobec własnej choroby i jego organizacja. W: Heszen I, Sęk H. *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2007:210-224.
 26. Chojnacka-Szawłowska G. Rozpoznanie choroby nowotworowej. Uwarunkowania psychologiczne. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1998.
- Otrzymano: 16.08.2012 r.
Zaakceptowano do druku: 27.09.2012 r.
- Adres do korespondencji:**
Lek., mgr psych. Justyna Car
Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny
ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa
e-mail: justyna.car@gmail.com
tel. (22) 54 21 377