

Baczeńska Bożena, Kropornicka Beata, Mazurek Patrycja, Block Bogusław, Krzyżanowska Ewa, Luczyk Robert, Olszak Cecylia, Nowicka Elżbieta, Lorencowicz Regina, Muraczyńska Bożena. Strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową w okresie chemioterapii = Coping strategies evaluated in oncological patients on chemotherapy treatment. Journal of Education, Health and Sport. 2016;6(11):205-220. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.166237>
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/3987>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 755 (23.12.2015).
755 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Author (s) 2016;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 22.10.2016. Revised 30.10.2016. Accepted: 11.11.2016.

Strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową w okresie chemioterapii Coping strategies evaluated in oncological patients on chemotherapy treatment

Bożena Baczeńska¹, Beata Kropornicka¹, Patrycja Mazurek¹, Bogusław Block²,
Ewa Krzyżanowska¹, Robert Luczyk¹, Cecylia Olszak¹, Elżbieta Nowicka¹,
Regina Lorencowicz³, Bożena Muraczyńska⁴

¹ Katedra Interny z Zakładem Pielęgniarstwa Internistycznego Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

² Katedra Psychoterapii i Psychologii Zdrowia Katolicki Uniwersytet Lubelski im. Jana Pawła II. OTS Lublin

³ Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

⁴ Katedra Chirurgii i Pielęgniarstwa Chirurgicznego Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Słowa kluczowe: strategie radzenia sobie z chorobą, choroba nowotworowa, chemioterapia

Key words: strategies for coping with the disease, cancer, chemotherapy

Streszczenie

Wstęp. Chemioterapia będąc długim procesem leczenia, niesie za sobą szereg skutków ubocznych. Wiele skutków ubocznych działania cytostatyków wpływa na psychikę człowieka. Pacjent w tym okresie stosuje różne strategie radzenia sobie z chorobą, które pozwalają mu przetrwać trudne chwile.

Materiał i metoda. Badaniem objęto 123 pacjentów poddanych chemioterapii Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej w Lublinie. Zastosowano Skalę Przystosowania Psychicznego do choroby nowotworowej Mini-MAC oraz autorski kwestionariusz.

Wyniki badań. Respondenci w 55,5% wykazują cechy zaabsorbowania lękowego. Zdecydowana większość pacjentów ukazuje cechy ducha walki (83,61%). Większość badanych (75,02%) nie wykazuje objawów bezradności i beznadziejności. Badani w 79,55% stosują zachowania zakwalifikowane do strategii pozytywnego przewartościowania. Częściej styl konstruktywny stosowały kobiety niż mężczyźni. Największe nasilenie stylu destrukcyjnego zanotowano dla osób chorych na nowotwory: narządów rodnych (36,26), pęcherza (36,26) oraz sutka/piersi (34,71). Jeśli chodzi o styl konstruktywny, zaistniał on w każdym rodzaju choroby nowotworowej.

Wnioski. 1. W badanej grupie pacjentów, poddanych chemioterapii dominują strategie ducha walki i pozytywnego przewartościowania, które są składowymi konstruktywnego stylu przystosowania się do choroby nowotworowej. 2. W okresie leczenia chemioterapeutykami u większości badanych występuje strach, będący następstwem możliwości nawrotu choroby nowotworowej. 3. Istnieje związek istotny statystycznie pomiędzy płcią i wiekiem ankietowanych, a funkcjonowaniem psychospołecznym. Kobiety miały wyższe nasilenie stosowania strategii bezradności- beznadziejności. Wraz z wiekiem nasila się zaabsorbowanie lękowe, poczucie bezradności- beznadziejności oraz maleje strategia ducha walki.

Abstract

Background. Chemotherapy is a long therapeutic process and as such it is bound to cause numerous side effects of treatment. Many of those adverse effects have impact on human mental condition, and contribute to patient's mental adjustment to their oncological problems.

Material and Methods. The study was carried out in the group of 123 patients on chemotherapy treatment in St. John of Dukla Lublin Regional Oncology Centre. The patients were surveyed by Mental Adjustment to Cancer Scale Mini-MAC, and a questionnaire developed by the author for the purpose of research.

Results. The results revealed 55.5% respondents showed features of anxious preoccupation, a considerable majority (83.61%) demonstrated fighting spirit, majority of respondents (75.02%) did not show features of helplessness-hopelessness. The respondents (79.55%) presented behaviors qualified as positive redefinition strategies. The females were more constructive in that respect than males. The most destructive style was found in the group of patients with cancers affecting reproductive organs (36.26%), urinary bladder (36.26%), and breast cancer (34.71%). Constructive style of behaviors was observed in all types of cancer.

Conclusions. 1. Strategies of constructive adjustment to cancer such as fighting spirit and positive redefinition were most frequent in the group of patients on chemotherapy. 2. The majority of patients on chemotherapy showed fear of possible recurrence of cancer. 3. Patient's age and gender correlated statistically significantly with psycho-social functioning. Helplessness-hopelessness was more frequently observed in the females. Anxious preoccupation and a sense of helplessness-hopelessness increase with age, and fighting spirit decreases.

Wstęp

Przeprowadzono znaczną ilość badań nad metodami radzenia sobie z chorobą, które uwzględniają różne choroby, intensywność ich przebiegu oraz sposób leczenia. Zdecydowanie jednym z kluczowych składników w przebiegu dostosowania się do choroby i leczenia jest znajdowanie korzyści. Badacze potwierdzają korzystny stosunek przystosowania się do choroby z pozytywnym zauważaniem zmian [2]. Zaabsorbowanie lękowe jest formą radzenia sobie z chorobą, która cechuje się ciągłym niepokojem, stałym rozmyślaniem o chorobie. Jest ona widziana, jako niekontrolowane niebezpieczeństwo budzące lęk. Duch walki to strategia będąca przeciwieństwem poprzedniej. Jest ona powiązana z postawą optymistyczną. Inspiruje chorego do oceniania choroby w kategoriach wyzwania oraz rozpoczynania przedsięwzięć. Bezradność- beznadziejność określa się, jako nieaktywne przeciwdziałanie chorobie, które dowodzi o bezsilności. Pozytywne przewartościowanie cechuje się panowaniem nad sobą. Wychodzi ono ze zdolności przeorganizowania dylematu choroby, w taki sposób by z powagi sprawy spostrzegać także perspektywę na przyszłość oraz satysfakcję z już minionych lat. Pośród wszystkich metod oraz stylów radzenia sobie z chorobą za niekorzystnie oddziałujące na człowieka, uznaje się te, które są skupione na emocjach [3, 4, 7,9].

Material i metoda badań

Badania przeprowadzono w Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. Św. Jana z Dukli w okresie od 07. 10 – 21. 10. 2016 r., w oddziałach: Onkologii Klinicznej, Hematologii, Pododdziale Chemii Diennej, I Oddziale Radioterapii, II Oddziale Radioterapii, I Oddziale Ginekologii. Przed przystąpieniem do badań, uzyskano zgodę dyrektora placówki oraz komisji bioetycznej. Pielęgniarka naczelna oraz pielęgniarki oddziałowe zostały zapoznane z procedurą przeprowadzenia badań. Pacjenci zostali poinformowani o dobrowolnym udziale w

badaniach oraz zapewnieni o anonimowości. Badaniami objęto 123 pacjentów. Kryteriami doboru do badań były: ukończone 18 lat, leczenie metodą chemioterapii, dobrowolna i świadoma zgoda na udział w badaniu. Badani wypełniali ankiety samodzielnie lub z pomocą. W badaniach posłużono się metodą sondażu diagnostycznego. Materiał badawczy zebrano za pomocą techniki wywiadu, przy użyciu Skali Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej oraz Autorskiego Kwestionariusza.

Skala Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej (Mini-MAC) autorstwa M. Watson, M. Law, Dos Santos, S. Greer, J. Baruch oraz J. Bliss. Autorem polskiej adaptacji jest Z. Juczyński. Skala składa się z 29 stwierdzeń, na które respondent odpowiada według czterostopniowej skali Likerta. Kwestionariusz mierzy cztery rodzaje strategii radzenia sobie z chorobą: zaabsorbowanie lękowe, duch walki, bezradność-bez nadziei, pozytywne przewartościowanie. Zaabsorbowanie lękowe i bezradność-bez nadziei wchodzi w skład biernego (destrukcyjnego) stylu radzenia sobie z chorobą, a dwa pozostałe wymiary odnoszą się do aktywnego (konstruktywnego) stylu zmagania się z chorobą [56, 86].

Autorski Kwestionariusz zawierał pytania: socjodemograficzne, dotyczące rozpoznania lekarskiego, czasu trwania choroby, ilości cykli chemicznych, odnoszące się do oceny swojego wyglądu, zaangażowania w pracę zawodową, a także kontaktów z rodziną, przed rozpoczęciem leczenia, jak i w trakcie leczenia. Badany odpowiadał na te pytania, według pięciostopniowej skali Likerta.

Charakterystyka badanej grupy

Badaniami objęto 123 pacjentów, poddanych leczeniu metodą chemioterapii. Większość stanowiły kobiety (53,7%). Najliczniejszą grupę (41,5%) stanowiły osoby w wieku 41-60 lat. Co trzeci ankietowany był mieszkańcem miasta liczącego poniżej 500 tys. mieszkańców, 13% badanych zamieszkiwało tereny podmiejskie. Najliczniejszą grupę (37,4%) stanowili respondenci ze średnim wykształceniem, żyjące w związku małżeńskim (61,8%) zamieszkujące wspólnie z rodziną (82,1%).

Szczegółowe informacje odnośnie danych socjodemograficznych badanej grupy przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna badanej grupy

Zmienna	Kryteria	N	%
WIEK	18-40	29	23,6
	41-60	51	41,5
	powyżej 61	43	35,0
PŁEĆ	kobieta	66	53,7
	mężczyzna	57	46,3
MIEJSCE ZAMIESZKANIA	miasto powyżej 500 tys. mieszkańców	25	20,3
	miasto poniżej 500 tys. mieszkańców	43	35,0
	tereny podmiejskie	16	13,0
	wieś	39	31,7
	z rodziną	101	82,1
	sam/a	22	17,9
WYKSZTAŁCENIE	podstawowe	15	12,2
	gimnazjalne	1	0,1
	zawodowe	30	24,4
	średnie	46	37,4
	wyższe	31	25,2
STAN CYWILNY	panna/kawaler	21	17,1
	mężatka/zonaty	76	61,8
	rozwódka/rozwodnik	6	4,9
	wdowa/wdowiec	20	16,3

Wyniki badań własnych i ich omówienie

Strategia zaabsorbowania lękowego

Strategia zaabsorbowania lękowego jako przystosowanie się psychicznie do życia z chorobą nowotworową przejawia się lękiem związanym z chorobą i postrzeganiu samej choroby, jako zjawiska niepokojącego, niekontrolowanego i zagrażającego.

Do tej strategii zakwalifikowano twierdzenia nr: 2, 12, 17, 23, 24, 27 i 29 ze skali Mini – MAC. Szczegółowe wyniki w zakresie przejawów zaabsorbowania lękowego przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Strategia zaabsorbowania lękowego przystosowania się psychicznego do życia z chorobą nowotworową (n=123)

Nr pozycji w teście	Treść twierdzenia	Kryterium	N	%	Ogółem	
					N	%
2	Jestem zatrwożony z powodu zachorowania	Zdecydowanie nie	27	22	55	44,7
		Raczej nie	28	22,8		
		Raczej tak	48	39	68	55,3
		Zdecydowanie tak	20	16,3		
12	Jestem bardzo zaniepokojony z powodu choroby	Zdecydowanie nie	18	14,6	44	35,8
		Raczej nie	26	21,1		
		Raczej tak	46	37,4	79	64,2
		Zdecydowanie tak	33	26,8		
17	Jestem trochę przestraszony	Zdecydowanie nie	11	8,9	36	29,3
		Raczej nie	25	20,3		
		Raczej tak	53	43,1	87	70,7
		Zdecydowanie tak	34	27,6		
23	Mam wrażenie, że to koniec świata	Zdecydowanie nie	52	42,3	94	76,4
		Raczej nie	42	34,1		
		Raczej tak	16	13	29	23,6
		Zdecydowanie tak	13	10,6		
24	Odczuwam silną złość z powodu tego, co mi się przytrafiło	Zdecydowanie nie	10	8,1	51	41,5
		Raczej nie	41	33,3		
		Raczej tak	41	33,3	72	58,5
		Zdecydowanie tak	31	25,2		
27	Trudno mi zrozumieć, że przydarzyło się to właśnie mnie	Zdecydowanie nie	15	12,2	47	38,2
		Raczej nie	32	26		
		Raczej tak	37	30,1	76	61,8
		Zdecydowanie tak	39	31,7		
29	Jestem zalekniiony	Zdecydowanie nie	20	16,3	56	45,5
		Raczej nie	36	29,3		
		Raczej tak	42	34,1	67	54,5
		Zdecydowanie tak	25	20,3		

Ze szczegółowej analizy wynika, iż większość respondentów psychicznie przystosowując się do życia z chorobą nowotworową doznawało lęku związanego z chorobą. Badani przyznawali, że są zatrwożeni, zaleknieni, odczuwali złość, byli przestraszeni sytuacją, która ich spotkała. Warto jednak podkreślić, iż od 35,8% do 45,5% badanych twierdzi, że nie doznawało tego typu stanów, a 76,4% badanych stwierdziło, iż sytuacja w której się znaleźli nie jest dla nich „końcem świata.”

Strategia ducha walki

Postrzeganie choroby jako wyzwania i aktywne działanie, które przejawia się w poszukiwaniu terapii zastępczych, to strategia ducha walki w psychicznym przystosowywaniu się do choroby nowotworowej.

Do tej strategii zakwalifikowano twierdzenia nr: 3, 4, 8, 9, 13, 14 i 19 z kwestionariusza. Szczegółowe wyniki w zakresie sposobów takiego przystosowywania się do choroby nowotworowej przedstawia tabela 3.

Tabela 3. Strategia ducha walki przystosowania się psychicznego do życia z chorobą nowotworową (n=123)

Nr pozycji w teście	Treść twierdzenia	Kryterium	N	%	Ogółem	
					N	%
3	Jestem zdecydowany pokonać tę chorobę	Zdecydowanie nie	6	4,9	8	6,5
		Raczej nie	2	1,6		
		Raczej tak	26	21,1	115	93,5
		Zdecydowanie tak	89	72,4		
4	Staram się nie myśleć o swojej chorobie	Zdecydowanie nie	8	6,5	34	27,6
		Raczej nie	26	21,1		
		Raczej tak	56	45,5	89	72,4
		Zdecydowanie tak	33	26,8		
8	Moja choroba mobilizuje mnie do walki	Zdecydowanie nie	5	4,1	17	13,8
		Raczej nie	12	9,8		
		Raczej tak	43	35	106	86,2
		Zdecydowanie tak	63	51,2		
9	To, że nie myślę o swojej chorobie pomaga mi	Zdecydowanie nie	5	4,1	27	22
		Raczej nie	22	17,9		
		Raczej tak	47	38,2	96	78
		Zdecydowanie tak	49	39,8		
13	Próbuje walczyć z chorobą	Zdecydowanie nie	3	2,4	4	3,3
		Raczej nie	1	0,8		
		Raczej tak	24	19,5	119	96,7
		Zdecydowanie tak	95	77,2		
14	Rozmyślnie odsuwam od siebie wszystkie myśli o nowotworze	Zdecydowanie nie	11	8,9	28	22,8
		Raczej nie	17	13,8		
		Raczej tak	52	42,3	95	77,2
		Zdecydowanie tak	43	35		
19	Odwracam swoją uwagę, gdy nadciągają mnie myśli o chorobie	Zdecydowanie nie	11	8,9	23	18,7
		Raczej nie	12	9,8		
		Raczej tak	66	53,7	100	81,3
		Zdecydowanie tak	34	27,6		

W zdecydowanej większości badani wykazują cechy ducha walki poprzez to, że są zmobilizowani i zdecydowani do walki i pokonania choroby (86,2% - 96,7%). W tej strategii badani starali się też nie myśleć o chorobie, odsuwać myśli o chorobie, odwracać uwagę w sytuacji gdy myśli o chorobie same przychodzą (72,4% - 81,3%).

Strategia bezradność - beznadziejność

Poczucie zagubienia i bezsilności, przejawiające się często wycofaniem z życia i rezygnacją z aktywności zawodowej to zachowania typowe stosowane w strategii bezradność - beznadziejność w sposobie przystosowywania się do choroby nowotworowej.

Do tej strategii zakwalifikowano twierdzenia nr: 1, 6, 11, 16, 20, 26 i 28. Szczegółowe wyniki prezentujące sposoby stosowane w tej strategii przystosowywania się psychicznego do choroby przedstawia tabela 4.

Tabela 4. Strategia bezradność - beznadziejność w przystosowaniu psychicznym do życia z chorobą nowotworową – (n=123)

Nr pozycji w teście	Treść twierdzenia	Kryterium	N	%	Ogółem	
					N	%
1	Mam ochotę się poddać	Zdecydowanie nie	75	61,	114	92,7
		Raczej nie	39	31,7		
		Raczej tak	4	3,3	9	7,3
		Zdecydowanie tak	5	4,1		
6	Czuję, że życie jest beznadziejne	Zdecydowanie nie	60	48,8	106	86,2
		Raczej nie	46	37,4		
		Raczej tak	11	8,9	17	13,8
		Zdecydowanie tak	6	4,9		
11	Czuje się całkiem zagubiony i nie wiem co robić	Zdecydowanie nie	42	34,1	87	70,7
		Raczej nie	45	36,6		
		Raczej tak	27	22	36	29,3
		Zdecydowanie tak	9	7,3		
16	Nie potrafię uporać się ze swoją chorobą	Zdecydowanie nie	31	25,2	81	65,9
		Raczej nie	50	40,7		
		Raczej tak	25	20,3	42	34,1
		Zdecydowanie tak	17	13,8		
20	Czuję, że nie mogę nic zrobić, żeby sobie pomóc	Zdecydowanie nie	36	29,3	92	74,8
		Raczej nie	56	45,5		
		Raczej tak	22	17,9	31	25,2
		Zdecydowanie tak	9	7,3		
26	Nie radzę sobie	Zdecydowanie nie	29	23,6	84	68,3
		Raczej nie	55	44,7		
		Raczej tak	19	15,4	39	31,7
		Zdecydowanie tak	20	16,3		
28	Nie mam wielkich nadziei na przyszłość	Zdecydowanie nie	35	28,5	82	66,7
		Raczej nie	47	38,2		
		Raczej tak	27	22	41	33,3
		Zdecydowanie tak	14	11,4		

Ze szczegółowej analizy wynika, iż zdecydowana większość badanych (66,7% - 92,7%) nie doświadcza poczucia zagubienia, bezsilności, bezradności czy beznadziejności. Dominowały odpowiedzi zaprzeczające chęciom poddania się. Ale znaczny odsetek (7,3% - 34,1%) badanych miało poczucie zagubienia czy bezsilności twierdząc, że sobie nie radzą, nie mając wielkich nadziei na przyszłość, mając poczucie beznadziejności czy mając ochotę poddania się.

Strategia pozytywne przewartościowanie

Strategia pozytywnego przewartościowania przejawia się zmianą nastawienia do życia i docenienie jego wartości w obliczu rozwijającej się choroby.

Do tej strategii zakwalifikowano twierdzenia nr: 5, 7, 10, 15, 18, 22 i 25. Szczegółowe wyniki ukazujące pozytywne aspekty choroby nowotworowej w życiu ukazuje tabela 5.

Tabela 5. Strategia pozytywnego przewartościowania w przystosowaniu psychicznym do życia z chorobą nowotworową (n=123)

Nr pozycji w teście	Treść twierdzenia	Kryterium	N	%	Ogółem	
					N	%
5	Jestem zadowolony z lat, które przeżyłem, a to co mi zostało jest jakby dodatkowo darowane	Zdecydowanie nie	11	8,9	36	29,3
		Raczej nie	25	20,3		
		Raczej tak	53	43,1	87	70,7
		Zdecydowanie tak	34	27,6		
7	To jest niszczące uczucie	Zdecydowanie nie	14	11,4	56	45,5
		Raczej nie	42	34,1		
		Raczej tak	44	35,8	67	54,5
		Zdecydowanie tak	23	18,7		
10	Oddałem się w ręce Boga	Zdecydowanie nie	5	4,1	28	22,8
		Raczej nie	23	18,7		
		Raczej tak	30	24,4	95	77,2
		Zdecydowanie tak	65	52,8		
15	Odkąd wykryto u mnie raka, zdaję sobie sprawę, jak cenne jest życie i staram się je wykorzystać	Zdecydowanie nie	3	2,4	9	7,3
		Raczej nie	6	4,9		
		Raczej tak	40	32,5	114	92,7
		Zdecydowanie tak	74	60,2		
18	Jestem nastawiony bardzo optymistycznie	Zdecydowanie nie	6	4,9	28	22,8
		Raczej nie	22	17,9		
		Raczej tak	48	39	95	77,2
		Zdecydowanie tak	47	38,2		
22	Jestem wdzięczny za to, co osiągnąłem	Zdecydowanie nie	5	4,1	10	8,1
		Raczej nie	5	4,1		
		Raczej tak	50	40,7	113	91,9
		Zdecydowanie tak	63	51,2		
25	Obecnie staram się przeżywać każdy dzień	Zdecydowanie nie	6	4,9	9	7,3
		Raczej nie	3	2,4		
		Raczej tak	52	42,3	114	92,7
		Zdecydowanie tak	62	50,4		

Szczegółowa analiza wyników badań pozwala twierdzić, iż zdecydowana większość ankietowanych wykazuje cechy pozytywnego przewartościowania. Choroba nowotworowa sprawiła, iż badani zaczęli dostrzegać wartość życia i czuć radość z życia. Badani przyznawali iż, starają się teraz przeżywać każdy dzień. Zdecydowana większość respondentów (77,2%) jest nastawiona bardzo optymistycznie do swojej sytuacji życiowej.

Wyniki badań poddano analizie statystycznej, która wykazała związek pomiędzy strategiami radzenia sobie z chorobą nowotworową a jej rodzajem i płcią. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela 6.

Tabela 6. Strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową a rodzaj choroby

RODZAJ NOWOTWORU	N	Strategie radzenia sobie z chorobą							
		Zaabsorbowanie Lękowe		Duch Walki		Bezradność, Beznadziejność		Pozytywne Przewartościowanie	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Narządu rodnego	15	20,46	3,35	22,73	4,04	14,8	5,42	22,8	3,4
Sutka/ Piersi	18	20,16	4,99	24,33	2,89	14,55	4,56	22,16	2,35
Jelita grubego	14	16,35	6,42	22,14	5,27	13,85	4,55	22,21	2,75
Jądra/ Prostaty	17	15,41	4,01	23,17	3,41	11,17	3,48	21,82	2,48
Chłoniak/ Glejak	16	18,56	4,81	24,06	1,69	12,75	3,76	22,18	1,55
Trzustki	3	20,33	2,08	20,66	1,15	13,33	4,04	21,33	1,52
Płuc	11	18	5,25	19,9	5,37	15,36	4,73	20,81	5,43
Białaczka	8	19,25	5,7	23	2,2	14,25	3,45	22,12	2,29
Pęcherza	11	19,63	5,02	20,9	4,67	16	5,69	22,45	2,2
Inne	10	15,5	4,55	23,6	3,339	13,8	3,35	24,1	2,18
Ogółem	123	18,22	5,05	22,75	3,87	13,89	4,48	22,24	2,84
PŁEĆ									
Kobieta	66	19,46	4,7	23,19	3,46	14,84	4,52	22,74	2,33
Mężczyzna	57	16,78	5,11	22,24	4,27	12,78	4,2	21,66	3,26
Istotność testu			n.i.		n.i.		0,04		n.i.
t- Studenta									

Legenda: N – liczebność; M – średnia arytmetyczna; SD – odchylenie standardowe; n.i. – wynik nieistotny statystycznie

Niewielkie zróżnicowanie wiąże się z płcią badanych. Kobiety, w porównaniu z mężczyznami przejawiały dużo wyższe nasilenie zaabsorbowania lękowego. Kobiety przejawiały też nieco wyższe nasilenie także w pozostałych strategiach: pozytywnym przewartościowaniu, duchu walki, a także w strategii bezradność - beznadziejność. Strategia zaabsorbowania lękowego a także bezradności przeważały w nowotworach narządów

rodnych, trzustki, pęcherza oraz płuc. Duch walki oraz pozytywne przewartościowanie przeważały zaś wśród chorych na nowotwór sutka/piersi oraz chłoniaka/glejaka.

Te cztery strategie zostały bardziej uogólnione na dwa style radzenia sobie z chorobą. Styl destrukcyjny (bierny), na który składają się: strategia zaabsorbowania lękowego oraz strategia bezradności - beznadziejności. Styl konstruktywny (aktywny), w skład którego wchodzi strategie: ducha walki oraz pozytywnego przewartościowania. Szczegółowe wyniki ukazuje tabela 7.

Tabela 7. Związek między stylem radzenia sobie z chorobą a rodzajem nowotworu i płcią

RODZAJ NOWOTWORU	N	Style radzenia sobie			
		Destrukcyjny		Konstruktywny	
		M	SD	M	SD
Narządu rodnego	15	36,26	7,91	45,53	4,85
Sutka/ Piersi	18	34,71	6,69	46,49	5,11
Jelita grubego	14	30,2	6,96	44,35	6,25
Jądra/ Prostaty	17	26,58	5,99	44,99	5,57
Chłoniak/ Glejak	16	31,31	5,87	46,24	4,07
Trzustki	3	33,66	6,12	41,99	5,34
Płuc	11	33,36	7,5	40,71	6,22
Białaczka	8	33,5	8,02	45,12	4,79
Pęcherza	11	35,63	6,11	43,35	5,9
Inne	10	29,3	6,78	47,7	6,01
PŁEĆ					
Kobieta	66	34,32	7,15	45,93	6,67
Mężczyzna	57	29,56	7,89	43,9	7,07
Ogółem	123	31,94	7,51	44,92	6,85
Istotność testu			n.i.		n.i.
t- Studenta					

Z analizy statystycznej wynika, iż zdecydowanie częściej styl konstruktywny stosowały kobiety niż mężczyźni i te różnice były istotne statystycznie. Największe nasilenie stosowania stylu destrukcyjnego zanotowano u osób chorych na nowotwory: narządów rodnych (36,26), pęcherza (36,26) oraz sutka/piersi (34,71).

Oceniając związki pomiędzy przystosowaniem się do choroby, a cechami socjodemograficznymi, nie zauważono istotnych różnic dla osób o różnym miejscu zamieszkania, wykształceniu, stanie cywilnym ani deklarowanym samotnym egzystowaniu.

Zanotowano istotne statystycznie różnice między płcią oraz wiekiem respondentów. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela 8.

Tabela 8. Strategie przystosowania się psychicznego do choroby a płeć i wiek respondentów

Zmienna	N	Zaabsorbowanie Lękowe		Duch Walki		Bezradność Beznadziejność		Pozytywne Przewartościowanie	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Kobieta	66	19,46	4,7	23,19	3,46	14,84	4,52	22,74	2,33
Mężczyzna	57	16,78	5,11	22,24	4,27	12,78	4,2	21,66	3,26
p		0,240		0,067		0,040		0,102	
18- 40 lat	29	17,4	4,27	23,19	3,46	17,47	3,58	20,27	3,23
41- 60 lat	51	18,54	5,33	22,24	4,27	19,94	4,42	19,65	3,86
Powyżej 61 lat	43	20,06	3,95	18,86	3,97	20,79	3,97	18,97	2,94
p		0,034		0,022		0,017		0,238	

Z analizy statystycznej wynika, iż w sposób istotny płeć różnicuje przystosowanie się do choroby ($p < 0,05$). Kobiety miały wyższe nasilenie wszystkich strategii radzenia sobie z chorobą, lecz istotność statystyczna wystąpiła jedynie w strategii *bezradność - beznadziejność*. Analiza statystyczna wykazała również, iż wiek w sposób istotny różnicuje strategie radzenia sobie z chorobą ($p < 0,05$). Wraz z wiekiem nasila się zaabsorbowanie lękowe ($p = 0,034$) oraz poczucie bezradności i beznadziejności ($p = 0,017$), natomiast maleje duch walki ($p = 0,022$). Nie dostrzeżono związku między wiekiem a pozytywnym przewartościowaniem jako strategią radzenia sobie z chorobą.

Dyskusja

Szczegółowa analiza statystyczna wykazała, iż wśród respondentów, największe nasilenie zanotowano dla ducha walki (83,61%) oraz pozytywnego przewartościowania (79,55%). Niewielkie zróżnicowanie wiąże się z płcią badanych. Jednakże kobiety, w porównaniu z mężczyznami przejawiały dużo wyższe nasilenie zaabsorbowania lękowego. Ogólnie rzecz biorąc kobiety przejawiały nieco wyższe nasilenie w pozostałych strategiach: pozytywnym przewartościowaniu, duchu walki a także bezradności i beznadziejności. Zaprezentowane wyniki znajdują odzwierciedlenie w piśmiennictwie. Ziętalewicz i wsp. [8]

w swoich badaniach na temat funkcjonowania psychicznego kobiet oraz mężczyzn z chorobą nowotworową stwierdzili, że kobiety przejawiały wyższe nasilenie strategii zaabsorbowania lękowego, bezradności- beznadziejności, ducha walki i pozytywnego przewartościowania. W badaniach Ziętalewicz i wsp. [8], wśród badanych dominowała również strategia ducha walki oraz pozytywnego przewartościowania. Szczegółowa analiza statystyczna własnych badań wykazała, iż pośród stylów radzenia sobie z chorobą, to konstruktywny dominował u wszystkich pacjentów bez względu na rodzaj nowotworu. Natomiast z badań Kulpy i wsp. [5] nad przystosowaniem psychicznym do choroby a dobrostanem zależnym od stanu zdrowia pacjentów onkologicznych, wynika, iż sporo chorych uruchamiało więcej niż jeden rodzaj strategii radzenia sobie z chorobą oraz nie stwierdzili dominującej strategii.

Ze szczegółowo przeprowadzonych badań wynika, iż większość pacjentów jest wystraszonych z powodu swojej sytuacji zdrowotnej (55,28%). Zdecydowana większość respondentów (71,55%) boi się, że choroba powróci, lub ich stan się pogorszy. Badania Adamczyk i wsp. [1] na temat problemów psychicznych i społecznych po przebytym leczeniu chemioterapeutykami ukazują, iż 42,5% badanych często odczuwało strach na początku leczenia, a w trakcie chemioterapii odczuwało go 35% ankietowanych.

Istotne statystycznie związki stwierdzono pomiędzy płcią oraz wiekiem a funkcjonowaniem psychospołecznym pacjentów. Kobiety miały wyższe nasilenie stosowania strategii bezradności-beznadziejności. Wraz z wiekiem nasila się zaabsorbowanie lękowe, poczucie bezradności-beznadziejności oraz maleje strategia ducha walki. Pasek oraz Jackowska [7] w badaniach na temat strategii radzenia sobie z chorobą kobiet po mastektomii ukazały, iż jest zależność między strategiami radzenia sobie z chorobą a wiekiem, posiadaniem wykształceniem, statusem zawodowym, stanem cywilnym oraz posiadaniem potomstwa wśród badanych kobiet po przebytym zabiegu mastektomii. Kobiety w przedziale wiekowym 30-40 lat, z wyższym wykształceniem, posiadające potomstwo oraz prowadzące własną działalność, wśród strategii przystosowania się do choroby, największe nasilenie wykazują w duchu walki oraz pozytywnym przewartościowaniu. Kobiety niezamężne lub rozwiedzione największe nasilenie wśród strategii przejawiały w zaabsorbowaniu lękowym i bezradności, beznadziejności.

Wnioski

1. W badanej grupie pacjentów, poddanych chemioterapii dominują strategie ducha walki i pozytywnego przewartościowania, które są składowymi konstruktywnego stylu przystosowania się do choroby nowotworowej.

2. W okresie leczenia chemioterapeutykami u większości badanych występuje strach, będący następstwem możliwości nawrotu choroby nowotworowej.
3. Istnieje związek istotny statystycznie pomiędzy płcią i wiekiem ankietowanych a funkcjonowaniem psychospołecznym. Kobiety miały wyższe nasilenie stosowania strategii bezradności- beznadziejności. Wraz z wiekiem nasila się zaabsorbowanie lękowe, poczucie bezradności - beznadziejności oraz maleje strategia ducha walki.

Bibliografia

1. Adamczyk N., Makara-Studzińska M., Sidor K., Pucek W., Wdowiak A.: *Problemy psychiczne i społeczne występujące u osób z rozpoznaniem nowotworowym, po zabiegach chemioterapii*. European Journal of Medical Technologies 2014; 3, 4; 67-75.
2. Jacobsen P. B., Sadler J., Booth-Jones M., Soety E., Weitzner M. A., Fields K. K.: *Predictors of posttraumatic stress disorder symptomatology following bone marrow transplantation for cancer*. J. Consult. Clin. Psychol. 2002; 70, 1: 235-240.
3. Katz R. C., Flasher L., Cacciapaglia H., Nelson S. (2001): *The psychosocial impact of cancer and lupus.: A cross validation study that extends the generality of "benefit-finding" in patients with chronic disease*. Journal of Behavioral Medicine, 24, 561-571.
4. Krawczyk A.: *Zmęczenie i strategie zmagania się z chorobą nowotworową na różnych etapach leczenia*. Sztuka Leczenia 2013, 1-2: 21-30.
5. Kulpa M., Owczarek K., Stypuła-Ciuba B.: *Przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej a jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia u chorych onkologicznych*. Medycyna Paliatywna 2013, 5, 3: 106-113.
6. Michałowska-Wieczorek I.: *Rola wsparcia w zmaganiu się z chorobą nowotworową*. Psychoonkologia 2006, 10, 2, 51-56.
7. Pasek R., Jackowska R.: *Strategie radzenia sobie w chorobie kobiet po mastektomii*. W: Dębska G., Jaśkiewicz J. (red.): *Interdyscyplinarne aspekty nauk o zdrowiu*. Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne, Kraków 2010: 235-249.
8. Ziętałowicz U., Kulpa M., Stypuła-Ciuba B. J., Kosowicz M.: *Funkcjonowanie psychologiczne u kobiet i mężczyzn z chorobą nowotworową*. Medycyna Paliatywna 2014; 6, 3; 145-150.
9. Żukowska Ż. E.: *Strategie radzenia sobie a znajdowanie korzyści w chorobie nowotworowej*. Psychologia Jakości Życia 2011, 10, 1: 39-56.