

SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny w Warszawie. Wydział Zamiejscowy w Poznaniu

MALWINA DRYHINICZ, TERESA RZEPA

m.dryhnicz@wp.pl, trz@data.pl

*Poziom lęku, akceptacja choroby i radzenie sobie ze stresem
przez pacjentki onkologiczne i nieonkologiczne*

The Level of Anxiety, Acceptance of Disease and Strategy of Coping with Stress in Patients
Oncological and Non-oncological

STRESZCZENIE

Celem przeprowadzonego badania było zweryfikowanie związku między poziomem lęku (jako stanu i jako cechy) a akceptacją choroby i radzeniem sobie ze stresem przez pacjentki onkologiczne i nieonkologiczne. W badaniu wzięło udział 100 kobiet (po 50 w obu grupach) w wieku od 20 do 60 lat. Zastosowano następujące narzędzia badawcze: Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS), Skalę Akceptacji Choroby (AIS), Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI). Ustalono, iż pacjentki onkologiczne mają wyższy poziom lęku niż pacjentki nieonkologiczne. Pacjentki onkologiczne słabiej niż pacjentki nieonkologiczne akceptują swoją chorobę. Ponadto wśród pacjentek onkologicznych stwierdzono współwystępowanie wysokiego poziomu lęku z emocjonalną strategią radzenia sobie ze stresem i z niskim poziomem akceptacji własnej choroby.

Słowa kluczowe: choroba nowotworowa; lęk; akceptacja choroby; strategia radzenia sobie ze stresem

PROBLEM

W Polsce na chorobę nowotworową zapada rocznie około 150 tys. osób, a 90 tys. umiera z tego powodu. Pomimo rozwoju medycyny zachorowalność na nowotwory nieustannie rośnie – w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat doszło do podwojenia liczby zachorowań (Hrynkiewicz i in. 2016; Meder 2014). Nowotwory dzieli się na znacznie częściej występujące łagodne (niezłośliwe) oraz złośliwe (raki). Od 5% do 10% nowotworów jest dziedzicznych, a większość zachorowań pojawia się po 55. roku życia. Rozpoznanie choroby nowotworowej jest początkiem poważnej i przewlekłej choroby, która zmienia życie chorej osoby i jej najbliższych.

Najogólniej mówiąc, choroba nowotworowa polega na niekontrolowanym namnażaniu się komórek, przy jednoczesnej utracie kontroli organizmu nad kancerogenezą zachodzącą na poziomie DNA. Przyjmuje się, że guz o średnicy 1 cm rośnie około 5 lat, przy czym ten proces zależy od rodzaju nowotworu oraz tkanki, w której ów rozrost zachodzi. Wczesne postacie nowotworów przebiegają zwykle bezobjawowo. Ich zaawansowane postacie wywołują niespecyficzne objawy o charakterze grypopodobnych infekcji, jak: bóle głowy i brzucha, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, osłabienie, gwałtowny spadek wagi ciała, brak apetytu. Zazwyczaj prawdziwy niepokój wzbudzają dopiero takie objawy, jak: intensywny ból, krwawienie, wycucie guza nowotworowego pod skórą (Kopczyńska-Tyszko 1999; Walden-Gałuszko 2000).

Leczenie choroby nowotworowej jest trudne i zależy od rodzaju nowotworu, jego lokalizacji i stadium zaawansowania (Jassem 2014). Do metod leczenia zalicza się zabiegi chirurgiczne, polegające na wycięciu zmiany w granicach zdrowych tkanek (leczenie radykalne) oraz na zmniejszeniu zmiany lub wycięciu przerzutów (leczenie ablacyjne). Duże możliwości terapeutyczne daje radioterapia stosowana u chorych z guzem zlokalizowanym anatomicznie. Często stosuje się leczenie skojarzone, łączące zabieg chirurgiczny z chemo-, radio-, hormono- i/lub immunoterapią. Leczeniu podlega również ból towarzyszący chorobie nowotworowej (leczenie paliatywne). Niestety, zdarzają się przypadki, kiedy choroba nowotworowa staje się oporna na leczenie. Wówczas przekierowuje się uwagę na poprawę jakości życia pacjenta, z akcentem na silne wsparcie ze strony osób bliskich.

Diagnoza choroby nowotworowej wywołuje wiele negatywnych emocji, głównie silny lęk wzmacniany osobistym doświadczeniem związanym z bolesnymi badaniami i zabiegami, pełnym niepokojem oczekiwaniem na wyniki czy pobytem w szpitalu. Lękowi doraźnemu towarzyszy poczucie zagrożenia i niepewności jutra, co prowadzi do uogólnionej postaci lęku oraz do napadów paniki z przyspieszonym biciem serca, poceniem się, dusznością. Nawet u tych pacjentów, którzy zakończyli leczenie z sukcesem, pojawia się (powiązana z syndromem Damoklesa) kancerofobia, która polega na doświadczaniu stałego poczucia zagrożenia i silnego lęku przed nawrotem choroby. Takie osoby obawiają się każdego badania, przewidują niekorzystne diagnozy oraz są skłonne do interpretowania nawet drobnych zmian organicznych jako symptomów choroby nowotworowej (Dębski 2015; Sesiuk, Rzepiela 2016; Zielazny 2013).

Akceptacja własnej choroby, zwłaszcza tak poważnej i przewlekłej, jak choroba nowotworowa, charakteryzuje się zindywidualizowaną dynamiką dostosowaną do kolejnych etapów jej rozwoju (Lipowski 1975) oraz strukturyzującą psychikę poprzez jej wzmacnianie lub osłabianie (Popielski 2005; Steuden 2002). Tym samym jakość życia i dobrostan pacjenta, jak również adaptacja do choroby przeplatają się z aktualnym poziomem jej akceptacji. Najłatwiej to zobrazować

poprzez wskazanie na skutki niskiego poziomu akceptacji choroby, powiązane z lękiem, poczuciem zagrożenia, smutkiem, obniżonym nastrojem, skłonnością do irytacji i drażliwością (Popielski 2005).

Zmagania z chorobą nowotworową, charakterystyczne dla procesu przystosowywania się do niej, są traktowane jako przewlekłe i krytyczne wydarzenie życiowe (Baum, Stewart 1990), które zwykle się wyjaśniać w odwołaniu do psychologicznej koncepcji stresu i radzenia sobie z nim (Lazarus, Folkman 1984; Ziarko 2014). Interakcyjny model obrazujący tego typu sytuację życiową zakłada, że człowiek znajduje się w stałej, dynamicznej i zrównoważonej relacji z otoczeniem. Jeśli ten układ zostanie zakłócony, to pojawi się stres i konieczność radzenia sobie z nim, polegająca na wyborze określonych strategii działania, zależnych od pierwotnej i wtórnej oceny sytuacji (Heszen 2013). Oceny pierwotnej dokonuje jednostka wówczas, gdy uznaje sytuację (związaną np. z informacją o chorobie nowotworowej) za stresową i postrzega ją jako (Ziarko 2014):

- krzywdę/stratę, której towarzyszą tak negatywne emocje, jak smutek i żal,
- zagrożenie powiązane z lękiem i strachem,
- wyzwanie, któremu towarzyszy nadzieja, podniecenie i strach.

Ocena wtórna polega na określeniu zasobów osobistych, które pozwolą na poradzenie sobie z sytuacją stresującą poprzez zorientowanie na problem (strategia zadaniowa), emocje (strategia emocjonalna) lub ucieczkę (strategia uciezkowa) (Heszen 2013; Ziarko 2014). Bez wątplenia po zdiagnozowaniu choroby nowotworowej pacjent ocenia swą sytuację życiową jako wyjątkowo trudną, a usiłując przystosować się do niej i ją zaakceptować, sięga do zasobów osobistych w celu wyboru takiej strategii działania, która umożliwi zminimalizowanie lub likwidację jej szkodliwego wpływu na całokształt własnego życia.

Odwołanie się do kilku typologii procesu adaptacji do choroby, jako jednego z najbardziej stresujących wydarzeń życiowych (Baum, Stewart 1990; Kübler-Ross 2001; Osińska 1990; Stanišić, Rzepa 2012; Ziarko 2014), pozwala wyróżnić w nim następujące etapy i powiązać je z pierwotną oceną sytuacji stresującej oraz z wyborem strategii radzenia sobie ze stresem:

- zdobywanie umiejętności chorowania: okres oceny pierwotnej wraz z przeżywaniem zaskoczenia i dysonansu poznawczego oraz z oczekiwaniem na potwierdzenie diagnozy; towarzyszy temu silny lęk, niepokój, napięcie, rozdrażnienie, poczucie zagrożenia/krzywdy/straty, obawa i chęć ucieczki,
- poszukiwanie równowagi po zdiagnozowaniu choroby: okres refleksji, rozumowania i poszukiwania wyjścia z trudnej sytuacji życiowej, zazwyczaj ukierunkowany: 1) albo negatywnie, w sensie doświadczenia poczucia krzywdy/straty, kiedy choroba jawi się jako nieusuwalna porażka życiowa, coraz większy ciężar, który tak przytłacza chorą osobę, iż ta zaczyna wątpić w możliwość powrotu do zdrowia, a towarzysząca tym wąt-

- pliwości ocena wtórna wskazuje na niedostatek zasobów osobistych, co w konsekwencji prowadzi do uruchomienia strategii ucieczkowej bądź nastawionej na radzenie sobie z własnymi emocjami, 2) albo pozytywnie, kiedy choroba zostanie potraktowana jako wyzwanie czy przeszkoda do pokonania, a celem podejmowanych działań stanie się powrót do życia sprzed choroby; towarzyszy temu wiara w jej pokonanie i nadzieja na odzyskanie zdrowia, co w efekcie skłania osobę chorą do uruchomienia zadaniowej strategii radzenia sobie ze stresującą sytuacją życiową,
- uwalnianie się od nawyków i uwarunkowań związanych z chorobą: okres albo rezygnacyjnego poddania się chorobie, z dominacją emocjonalnej postawy wobec choroby i stopniowym wycofaniem się z życia, albo akceptacji choroby, przystosowania się do niej i współpracującego uczestnictwa w procesie leczenia, z przewagą racjonalnej postawy wobec choroby.

CELE, METODY I PRZEBIEG BADANIA

Na podstawie przedstawionych powyżej prawidłowości dotyczących stanu psychicznego i zachowań tych osób, które znalazły się w stresującej sytuacji życiowej spowodowanej przewlekłą chorobą, postanowiono porównać poziom lęku i akceptację własnej choroby oraz strategię radzenia sobie ze stresem przez pacjentki znajdujące się na etapie poszukiwania równowagi po zdiagnozowaniu poważnej choroby ginekologicznej. W tym celu zbadano równoliczne grupy kobiet, zróżnicowane ze względu na rodzaj choroby: onkologiczna vs nieonkologiczna. Założono wystąpienie różnic międzygrupowych w zakresie: poziomu lęku (niższy wśród pacjentek nieonkologicznych), akceptacji własnej choroby (większa u pacjentek nieonkologicznych) i radzenia sobie ze stresem (pacjentki onkologiczne częściej stosują strategię emocjonalną). Ponadto założono, że między poziomem lęku i akceptacją choroby zachodzi korelacja ujemna. Dodatkowo postanowiono zweryfikować zależności między wiekiem badanych pacjentek a poziomem lęku i akceptacją choroby.

W celu realizacji projektu badawczego zastosowano następujące narzędzia:

1. Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI) (Wrześniewski i in. 2011) – przeznaczony do badania lęku rozumianego jako przejściowy i uwarunkowany sytuacyjnie stan emocjonalny oraz lęku rozumianego jako względnie stała cecha osobowości. Inwentarz składa się z dwóch podskal, z których jedna (X-1) służy do pomiaru lęku jako stanu i dotyczy aktualnego samopoczucia, a druga (X-2) – do pomiaru lęku jako cechy i dotyczy samopoczucia uogólnionego. Każda podskala zawiera 20 twierdzeń, na które osoba badana odpowiada, posługując się czterostopniową skalą, gdzie 1 oznacza „prawie nigdy”, a 4 – „prawie zawsze”.
2. Skala Akceptacji Choroby (AIS) (Juczyński 2009) – składa się z 8 twierdzeń dotyczących stanu zdrowia i oceny przystosowania się do choro-

by. Osoba badana określa swój stan na pięciostopniowej skali (1 oznacza „zdecydowanie zgadzam się”, a 5 – „zdecydowanie nie zgadzam się”). Im wyższy wynik, tym większa akceptacja choroby, lepsze przystosowanie i mniejsze poczucie dyskomfortu związanego z chorobą.

3. Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) (Strelau i in. 2005) – przeznaczony do diagnozowania stylów/strategii radzenia sobie ze stresem. Składa się z 48 stwierdzeń dotyczących różnych zachowań ujawnianych w sytuacjach stresowych. Zadaniem osób badanych jest określenie na pięciostopniowej skali (1 oznacza „nigdy”, a 5 – „bardzo często”) częstotliwości, z jaką podejmują dane działanie w sytuacjach stresowych. Wyniki są przedstawiane na trzech skalach:
- SSZ: styl skoncentrowany na zadaniu, który oznacza dążenie do rozwiązania sytuacji stresującej poprzez jej zmianę lub przekształcenie poznawcze,
 - SSE: styl skoncentrowany na emocjach, charakterystyczny dla osób, które w sytuacjach stresowych koncentrują się na sobie i własnych przeżyciach. Takie osoby często fantazjują lub uruchamiają myślenie życzeniowe, co z jednej strony pozwala im rozładować napięcie emocjonalne, a z drugiej może prowadzić do jego zwiększenia,
 - SSU: styl skoncentrowany na unikaniu, który polega na wystrzeganiu się przeżywania emocji oraz doświadczania stresujących sytuacji. Może przybierać dwie formy: ACZ – angażowanie się w czynności zastępcze (np. oglądanie telewizji, objadanie się, sen), PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich.

Statystycznej analizie wyników dokonano za pomocą pakietu statystycznego SPSS (IBM SPSS Statistics 22). Do oceny normalności rozkładu analizowanych zmiennych posłużył test Shapiro-Wilka. W celu określenia siły związku między zmiennymi zastosowano współczynnik korelacji r-Pearsona lub rho-Spearmana, w zależności od rozkładu wyników. Aby sprawdzić istotność różnic pomiędzy porównywanymi grupami, posłużono się parametrycznym testem t-Studenta dla prób niezależnych lub jego nieparametrycznym odpowiednikiem – testem U Manna-Whitneya.

Badanie przeprowadzono (za zgodą kierownictwa placówki) w czerwcu i lipcu 2016 r. wśród 100 pacjentek hospitalizowanych w Klinice Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej Dorosłych i Dziewcząt Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie (po 50 kobiet z chorobą onkologiczną i nieonkologiczną). Ze względu na tajemnicę lekarską nie uzyskano dostępu do dokumentacji medycznej, dlatego osoby badane rekrutowano bezpośrednio na oddziałach, tj. Onkologicznym z Punktem Podawania Cytostatyków (pacjentki onkologiczne) oraz Ginekologii Operacyjnej (pacjentki nieonkologiczne). Każdą osobę pytano o zgodę na udział w badaniu, po uprzednim poinformowaniu o jego celu i anonimowym charakterze. Zatem każde badanie było poprzedzone wyrażeniem świadomej zgody na udział w nim, po czym badane kobiety informowano o przebiegu badania

i przekazywano dokładne instrukcje dotyczące kwestionariuszy. Mimo to w trakcie wprowadzania danych okazało się, że nie wszystkie kwestionariusze były kompletne, stąd w poniższych tabelach pojawiają się różne liczebności.

WYNIKI

W pierwszej kolejności ustalono, że pomiędzy pacjentkami onkologicznymi i nieonkologicznymi zachodzą różnice w zakresie poziomu lęku rozumianego jako stan i jako cecha. U pacjentek onkologicznych stwierdzono statystycznie istotnie wyższy poziom lęku jako stanu ($p < 0,000$) i cechy ($p < 0,000$) niż u pacjentek nieonkologicznych (tab. 1).

Tab. 1. Porównanie poziomu lęku wśród pacjentek onkologicznych i nieonkologicznych

	GRUPA	N	M	SD	Me	Min.	Max	t	p
Lęk jako stan	Onkologiczne	49	56,53	13,36	58,0	27	78	4,886	0,000
	Nieonkologiczne	46	44,15	11,14	42,5	20	69		
Lęk jako cecha	Onkologiczne	48	52,93	9,15	54,0	35	71	4,842	0,000
	Nieonkologiczne	49	44,26	8,48	43,0	26	64		

Źródło: opracowanie własne.

Analiza poziomu akceptacji własnej choroby przez pacjentki onkologiczne i nieonkologiczne wykazała statystycznie istotne ($p < 0,000$) różnice pomiędzy nimi. Pacjentki onkologiczne uzyskały niższe wyniki ($M=20,68$) w tym zakresie od pacjentek nieonkologicznych ($M=32,22$) (tab. 2).

Tab. 2. Porównanie poziomu akceptacji choroby wśród pacjentek onkologicznych i nieonkologicznych

	GRUPA	N	M	SD	Me	Min.	Max	U	p
Akceptacja choroby	Onkologiczne	50	20,68	8,74	19,5	8	40	461,000	0,000
	Nieonkologiczne	49	32,22	9,44	37,0	8	40		

Źródło: opracowanie własne.

Następnie sprawdzono, czy pacjentki onkologiczne różnią się od pacjentek nieonkologicznych w zakresie strategii radzenia sobie ze stresem. Ustalono, że statystycznie istotne ($p < 0,002$) różnice wystąpiły wyłącznie w przypadku strategii skoncentrowanej na emocjach, na którą częściej wskazywały pacjentki onkologiczne ($M=49,60$) niż nieonkologiczne ($M=41,33$) (tab. 3).

Tab. 3. Porównanie strategii radzenia sobie ze stresem wśród pacjentek onkologicznych i nieonkologicznych

Strategia	GRUPA	N	M	SD	Me	Min.	Max	t	p
Skoncentrowana na zadaniu	Onkologiczne	48	54,35	10,26	54,5	31	76	0,669	0,505
	Nieonkologiczne	48	55,77	10,49	55,0	32	78		
Skoncentrowana na emocjach	Onkologiczne	47	49,60	11,68	50,0	24	70	3,255	0,002**
	Nieonkologiczne	46	41,33	12,80	42,5	16	65		
Angażowanie się w czynności zastępcze	Onkologiczne	48	22,63	5,44	22,0	11	34	0,346	0,730
	Nieonkologiczne	49	22,18	7,01	20,0	12	57		
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	Onkologiczne	49	16,53	3,86	16,0	9	25	0,599	0,550
	Nieonkologiczne	50	17,02	4,25	17,0	7	25		

**p<0,01

Źródło: opracowanie własne.

W dalszej kolejności zweryfikowano zależności między poziomem lęku a akceptacją choroby i stwierdzono, że istnieją statystycznie istotne ($p<0,01$) ujemne związki o umiarkowanej sile między akceptacją własnej choroby a poziomem lęku rozumianego jako cecha u pacjentek onkologicznych ($\rho=-0,414$) oraz lęku rozumianego jako stan u pacjentek nieonkologicznych ($\rho=-0,388$) (tab. 4).

Tab. 4. Zależności między poziomem lęku a akceptacją choroby u pacjentek onkologicznych i nieonkologicznych

Poziom lęku	Akceptacja choroby	
	Pacjentki onkologiczne	Pacjentki nieonkologiczne
	rho-Spearmana	
Lęk jako stan	-0,233	-0,388**
Lęk jako cecha	-0,414**	-0,190

**p<0,01

Źródło: opracowanie własne.

Ponadto sprawdzono różnice w zakresie lęku i akceptacji choroby pomiędzy kobietami młodszymi (do 50 lat) i starszymi (powyżej 50 lat). Wykazano statystycznie istotne różnice ($p<0,02$) co do akceptacji choroby przez pacjentki onkologiczne, przy czym pacjentki młodsze akceptowały ją bardziej niż starsze.

Młodszych i starszych pacjentek onkologicznych nie różnicował natomiast poziom lęku – ani jako stanu, ani jako cechy (tab. 5). Inne zależności odnotowano wśród pacjentek nieonkologicznych, które nie różniły się poziomem akceptacji choroby, lecz statystycznie istotnie różnicował je poziom lęku. Młodsze pacjentki cechowały się niższym niż starsze poziomem lęku zarówno jako stanu ($p < 0,04$), jak i cechy ($p < 0,01$) (tab. 6).

Tab. 5. Zależność między wiekiem a poziomem lęku i akceptacją choroby u pacjentek onkologicznych

Pacjentki onkologiczne	Pacjentki młodsze (n=12)		Pacjentki starsze (n=38)		U	p
	M	SD	M	SD		
Akceptacja choroby	25,42	8,26	19,18	8,46	129,50	0,02*
Lęk jako stan	55,17	16,20	56,97	12,54	212,00	0,82
Lęk jako cecha	50,42	9,88	53,78	8,89	175,50	0,33

* $p < 0,05$

Źródło: opracowanie własne.

Tab. 6. Zależność między wiekiem a poziomem lęku i akceptacją choroby u pacjentek nieonkologicznych

Pacjentki nieonkologiczne	Pacjentki młodsze (n=24)		Pacjentki starsze (n=25)		T (df=47)	p
	M	SD	M	SD		
Akceptacja choroby	34,38	8,16	30,16	10,27	1,59	0,12
Lęk jako stan	40,88	7,40	47,73	13,44	2,17	0,04*
Lęk jako cecha	40,92	7,16	47,48	8,53	2,91	0,01*

* $p < 0,05$

Źródło: opracowanie własne.

DYSKUSJA WYNIKÓW

Celem przeprowadzonego badania było wykazanie różnic w zakresie poziomu lęku, akceptacji choroby oraz strategii radzenia sobie ze stresem pomiędzy pacjentkami onkologicznymi i nieonkologicznymi. Sprawdzono także, czy istnieje związek między poziomem lęku a akceptacją choroby oraz między wiekiem a poziomem lęku i akceptacją choroby.

Ustalono, że pacjentki onkologiczne cechowały się wyższym poziomem lęku jako stanu (o 12,38 pkt) i jako cechy (o 8,67 pkt) niż pacjentki nieonkologiczne. Podobne wyniki uzyskano w wielu badaniach, najczęściej przeprowadzanych

wśród kobiet leczonych z powodu raka piersi i porównywanych z kobietami zdrowymi (Janiszewska i in. 2013; Majkowicz i in. 1999; Stępień, Wrońska 2008). Kopczyńska-Tyszko (1999) ustaliła, że lękowi jako emocji dominującej po zdiagnozowaniu choroby nowotworowej towarzyszy poczucie winy, przygnębienie, depresja, a nawet agresja. Za główne źródło takich reakcji emocjonalnych uznała stres związany z rozpoznaniem choroby, jej objawami, rokowaniem oraz dolegliwościami doznawanymi podczas leczenia. Wskazała także na znaczenie cech osobowości pacjenta oraz na rolę wsparcia ze strony rodziny i personelu medycznego. Trafność tych ustaleń potwierdzono w innym badaniu, przeprowadzonym wśród 50 osób z diagnozą nowotworową (Szwat, Słupski, Krzyżanowski 2011).

Na tej podstawie można po raz kolejny stwierdzić, że choroba nowotworowa i uciążliwości związane z jej leczeniem oddziałują negatywnie na stan emocjonalny osób chorych, powodując wzrost poziomu lęku zarówno jako stanu, jak i jako cechy, co wtórnie potęguje odczuwanie dolegliwości chorobowych i wymaga ciągłego angażowania zasobów osobistych do radzenia sobie z wyjątkowo trudną sytuacją życiową.

W raportowanym badaniu wykazano, że pacjentki onkologiczne w mniejszym stopniu akceptują swą chorobę niż pacjentki nieonkologiczne, co jest zgodne z rezultatami badania przeprowadzonego wśród 54 chorych onkologicznie (Pawlik, Karczmarek-Borowska 2013). W badaniu autorskim ustalono bowiem, że pacjentki onkologiczne akceptowały swą chorobę przeważnie na niskim poziomie ($M=20,68$), porównywalnym z poziomem uzyskanym przez pacjentów z bólem kręgosłupa ($M=20,51$) jako najniższym wskaźnikiem akceptacji choroby spośród wszystkich grup klinicznych zbadanych przez Juczyńskiego (2009). Ponadto porównanie wartości średnich obrazujących poziom akceptacji choroby przez pacjentki onkologiczne ($M=20,68$) i nieonkologiczne ($M=32,22$) pozwala na sformułowanie wniosku, że kobiety z diagnozą onkologiczną przeważnie nie akceptują własnej choroby, są o wiele gorzej przystosowane do trudnej sytuacji życiowej i mają większe poczucie dyskomfortu niż pacjentki nieonkologiczne.

Jednakże powyższy wniosek nie jest tak oczywisty, jak wskazana wcześniej prawidłowość dotycząca poziomu lęku. W badaniu przeprowadzonym przez Nowickiego, Krzemkowską i Rhone (2015), dotyczącym akceptacji choroby przez 100 pacjentów leczonych z powodu raka, wykazano, że 38% badanych akceptowało swą chorobę na wysokim poziomie, 48% – na średnim, a 14% – na niskim. Podobne rezultaty odnośnie do wysokiego poziomu akceptacji (44,54%), lecz zdecydowanie różne co do poziomu średniego (16,59%) i niskiego (38,86%), uzyskano w badaniu przeprowadzonym wśród 229 pacjentów onkologicznych (Kupcewicz i in. 2013). W tym badaniu wykorzystano Skalę Akceptacji Choroby (Juczyński 2009) i ustalono, że przeciętnemu poziomowi badanej zmiennej odpowiada wartość $M=25,45$. Występowanie zbliżonej wartości ($M=25,82$) wśród chorych onkologicznie potwierdzili inni badacze (Łuczyc i in. 2015). Podobne

wyniki uzyskano we wcześniejszych badaniach (Bąk-Sosnowska, Olszewska, Skrzypulec-Plinta 2013; Kamińska i in. 2014). Przeważnie przeciętny poziom akceptacji choroby potwierdzono także wśród 902 pacjentów nowotworowych (Religioni, Czerw, Deptała 2015), choć jednocześnie podkreślono, że na taki wynik wpłynął brak nawrotu choroby. Głównie w tego typu informacjach należy upatrywać źródła około pięciopunktowej różnicy w zakresie poziomu akceptacji choroby przez zbadane pacjentki onkologiczne ($M=20,68$), znajdujące się wciąż na etapie poszukiwania równowagi po zdiagnozowaniu choroby. Prawdopodobnie po przejściu do etapu uwalniania się od nawyków i uwarunkowań związanych z chorobą nowotworową osiągną one wyższy poziom akceptacji choroby ($M=25,45$ lub $25,82$), typowy dla pacjentów przeważnie już z nią „oswojonych” (Kübler-Ross 2001; Osińska 1990; Stanišić, Rzepa 2012; Ziarko 2014).

Na podstawie przeprowadzonego badania stwierdzono również, że strategię radzenia sobie ze stresem, opartą na emocjach, częściej stosują pacjentki onkologiczne niż nieonkologiczne. Zazwyczaj posługują się nią osoby, które w sytuacjach stresowych koncentrują się na sobie i swych przeżyciach emocjonalnych (Juczyński 2000; Strelau i in. 2005). To ustalenie empiryczne stanowi potwierdzenie dla wyników badań przeprowadzonych wśród pacjentów z diagnozą nowotworową (Basińska 2001; Kozaka 2010; Kurowska, Jenczewska 2013). Stosowanie przez nich strategii skoncentrowanej na emocjach wyjaśnia się obawami o przeżycie i własną przyszłość oraz o reakcje osób bliskich na diagnozę, o ich gotowość do udzielania pomocy i wsparcia na każdym etapie procesu leczenia. Niektórzy badacze przekonują, że stosowanie strategii skoncentrowanej na emocjach przez kobiety leczone z powodu raka prowadzi do spadku dyskomfortu spowodowanego stresem oraz obniża wskaźnik śmiertelności (Kim i in. 2002; Stanton i in. 2000; Suominen i in. 2001). W tym miejscu warto dodać, że np. Lifton (Lifton, Olson 1987) traktuje zmaganie się z chorobą nowotworową jak walkę człowieka chorego ze śmiercią, a jej przezwyciężenie rozumie jako ocalenie. Z uwagi na to, że w tej walce główną rolę odgrywają emocje, wybór strategii skoncentrowanej właśnie na nich można uznać za wyjątkowo trafny.

Przeprowadzone badanie pozwoliło na stwierdzenie, że wśród pacjentek nieonkologicznych niski poziom akceptacji własnej choroby jest powiązany z wysokim poziomem lęku jako stanu. Ten rodzaj lęku ma bowiem charakter doraźny, przemijający, naznaczający emocjonalnie aktualną sytuację życiową. Podobnie tymczasowo może być traktowana własna choroba, gdyż po operacyjnym usunięciu jej przyczyny pojawią się szanse na odzyskanie satysfakcjonującego stanu zdrowia. W odniesieniu do pacjentek onkologicznych ustalono natomiast, że niski poziom akceptacji choroby wiąże się z wysokim poziomem lęku jako cechy. W tym przypadku chodzi o lęk utrwalony, wchodzący w zakres struktury osobowości i stale towarzyszący procesowi chorowania, traktowanemu jako źródło nieusuwalnego niepokoju i napięcia lękowego. Lipowski (1975) jest zdania, że wzrost

poziomu lęku u osób przewlekle chorych jest związany z rejestrowanymi objawami choroby oraz że ich wyolbrzymianie nasila lęk, co z kolei prowadzi do spadku poziomu akceptacji choroby i tym samym utrudnia proces leczenia. Wszak diagnoza tak poważnej choroby, jak choroba nowotworowa, wiąże się z radykalną zmianą sytuacji życiowej oraz wyzwala potężną dawkę emocji i nieoczekiwanych zachowań. Powtarzające się bolesne badania, pobyty w szpitalu, obserwowanie cierpienia innych chorych, kolejne zabiegi, oczekiwanie na wyniki, informacje na temat śmierci współpacjentów – to wszystko stanowi dodatkową pożywkę dla lęku. Ponadto choroba utrudnia zaspokojenie potrzeb życia codziennego, rozluźnia kontakty z innymi ludźmi, hamuje bądź przekreśla aktywność zawodową i oddala od realizacji osobistych celów (Studen 2002). Towarzyszy temu lęk, który – choć często jest ukrywany i tłumiony – wywiera negatywny wpływ na poziom akceptacji choroby, co wykazano w przeprowadzonym badaniu.

Destrukcyjne oddziaływanie lęku na poziom akceptacji choroby i na samopoczucie osób chorych potwierdzają liczne badania (Araszkiewicz, Bartkowiak, Starzec 2004; Jarema, Rabe-Jabłońska 2011; Kozieł i in. 2016; Pawłowska i in. 2012; Walden-Gałuszko 2000). Zwłaszcza chorzy onkologicznie skarżą się na stale rozdrażnienie, irytację, napięcie i uczucie niepokoju. Nawet gdy proces leczenia zakończy się powodzeniem, pacjenci nadal odczuwają lęk z powodu ciągłego zagrożenia nawrotem choroby (Porębiak 2012).

Zebrane wyniki pozwoliły także na analizę zależności między wiekiem kobiet chorych onkologicznie i nieonkologicznie a poziomem lęku i akceptacją własnej choroby. Wśród pacjentek onkologicznych nie stwierdzono związku między wiekiem a poziomem lęku, w odróżnieniu od pacjentek nieonkologicznych, dla których ten związek okazał się statystycznie istotny. Wśród starszych kobiet należących do tej grupy poziom lęku jako stanu ($M=47,73$) i jako cechy ($M=47,48$) był wyższy niż u młodszych (odpowiednio: $M=40,88$ i $M=40,92$). Natomiast istotny statystycznie związek między wiekiem i akceptacją choroby stwierdzono wśród pacjentek onkologicznych: im są młodsze, tym bardziej są skłonne zaakceptować swą chorobę ($M=25,42$) niż pacjentki starsze ($M=19,18$). Podobne zależności uzyskała Ogińska-Bulik (2011), która stwierdziła, że wśród chorych w wieku poniżej 55 lat poziom akceptacji choroby wynosił $M=31,27$, a wśród pacjentek starszych – $M=25,93$. Generalnie przyjmuje się, że kobiety młodsze częściej akceptują chorobę nowotworową, chociaż są badania wskazujące na brak związku między wiekiem a akceptacją choroby (Dońka, Kanadys, Lewicka 2005; Jakubas, Rycombel, Lomper 2014; Kupcewicz i in. 2013; Pawlik, Karczmarek-Borowska 2013).

Podsumowując, należy stwierdzić, że przeprowadzone badanie prowadzi do następujących wniosków:

1. Pacjentki onkologiczne cechuje wyższy poziom lęku (jako stanu i jako cechy) niż pacjentki nieonkologiczne.

2. Wysoki poziom lęku współwystępuje z niskim poziomem akceptacji choroby nowotworowej.
3. Pacjentki onkologiczne stosują częściej niż pacjentki nieonkologiczne strategię radzenia sobie ze stresem opartą na emocjach.
4. Im starsza pacjentka nieonkologiczna, tym wyższy przejawia poziom lęku (jako stanu i jako cechy).
5. Im młodsza pacjentka onkologiczna, tym bardziej jest skłonna zaakceptować własną chorobę.

Dotychczasowe ustalenia dotyczące osób przewlekle chorych przekonują o randze zindywidualizowanego podejścia, które uwzględnia odmienności wynikające zarówno ze specyfiki jednostek chorobowych, jak i z subiektywnych ocen możliwości radzenia sobie z lękiem i stresem, a co za tym idzie pozwala ocenić szanse na adaptację do własnej choroby (Dennison, Moss-Morris, Chalder 2009; Dońska, Kanadys, Lewicka 2005; Heszen 2013; Janowski i in. 2009; Jopson, Moss-Morris 2003; Król i in., 2015; Telford, Kralik, Koch 2006). Indywidualna ocena stanu psychicznego wraz z aktualnie doświadczanymi emocjami towarzyszącymi adaptacji do choroby powinna być ważnym elementem opieki medycznej i psychologicznej, punktem wyjścia do projektowania trafnej opieki nad osobami chorymi, gdyż uruchamia motywację wewnętrzną, która sprzyja procesowi leczenia.

BIBLIOGRAFIA

- Araszkiewicz A., Bartkowiak W., Starzec W. (2004), *Zaburzenia lękowe w chorobie nowotworowej*, „Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej”, nr 4.
- Basińska B. (2001), *Radzenie sobie z konfrontacją stresową a continuum zdrowie – choroba nowotworowa*, „Psychoonkologia”, nr 8(1).
- Baum S.K., Stewart R.B. Jr. (1990), *Sources of meaning through the life-span*, “Psychological Reports”, No. 67.
- Bąk-Sosnowska M., Olszewska K., Skrzypulec-Plinta V. (2013), *Adaptacja psychologiczna dojrzałych kobiet w pierwszych dobach po zabiegu mastektomii*, „Przegląd Menopauzalny”, nr 2.
- Dennison L., Moss-Morris R., Chalder T. (2009), *A review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis*, “Clinical Psychology Review”, No. 29.
- Dębski A. (2015), *Kancerofobia groźniejsza niż rak*, www.medonet.pl/psyche/psychologia,-kancerofobia-grozniejsza-niz-rak,artykul,1715533,3.html (dostęp: 18.11.2017).
- Dońska K., Kanadys K., Lewicka M. (2005), *Zapotrzebowanie na wsparcie ze strony personelu medycznego przez kobiety leczone z powodu nowotworu piersi*, „Annales UMCS. Sectio D”, nr 60(16).
- Heszen I. (2013), *Psychologia stresu*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hrynkiewicz J., Gałązka A., Kostrzewa Z., Kurkiewicz J., Kuroпка I., Hut P., Potrykowska A., Sadowski P., Sobczak I., Szałtys D., Szukalski P. (2016), *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2015–2016*, Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa.
- Jakubas J., Rycombel A., Lomper K. (2014), *Wpływ akceptacji choroby na jakość życia kobiet z rakiem*, „Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia”, nr 3(3).
- Janiszewska J., Lichodziejewska-Niemierko M., Gołębiewska J., Majkowiec M., Rutkowski B. (2013), *Determinants of anxiety in patients with advanced somatic disease: Differences and similarities between patients undergoing renal replacement therapies and patients suffering*

- from cancer, "International Urology and Nephrology", No. 45,
DOI: <https://doi.org/10.1007/s11255-012-0326-6>.
- Janowski K., Steuden S., Kuryłowicz J., Nieśpiałowska-Steuden M. (2009), *The Disease-related appraisals scale: A tool to measure subjective perception of the disease situation*, [w:] K. Janowski, S. Steuden (eds.), *Biopsychosocial Aspects of Health and Disease*, Lublin: CPPP Scientific Press.
- Jarema M., Rabe-Jabłońska J. (2011), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Jassem J. (2014), *Zwalczanie nowotworów w Polsce: potrzeba nowej strategii*, [w:] A. Potrykowska, Z. Strzelecki, J. Szymborski, J. Witkowski (red.), *Zachorowalność i umieralność na nowotwory a sytuacja demograficzna Polski*, Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa.
- Jopson N.M., Moss-Morris R. (2003), *The role of illness severity and illness representations in adjusting to multiple sclerosis*, "Journal of Psychosomatic Research", No. 54.
- Juczyński Z. (2000), *Radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową*, [w:] K. de Walden-Gałuszko (red.), *Psychoonkologia*, Kraków: Wydawnictwo Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.
- Juczyński Z. (2009), *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Kamińska M., Pawlak-Warszawska A., Baczewska B., Bronikowska A., Ferańska M. (2014), *Wydolność pacjentów z chorobą nowotworową a akceptacja choroby*, „Studia Medyczne”, nr 30(1).
- Kim H.S., Yeom H.A., Seo Y.S., Kim N.C., Yoo Y.S. (2002), *Stress and coping strategies of patients with cancer. A Korean study*, "Cancer Nursing", No. 25,
DOI: <https://doi.org/10.1097/00002820-200212000-00004>.
- Kopczyńska-Tyszko A. (1999), *Reakcje emocjonalne chorujących na nowotwór*, [w:] D. Kubacka-Jasiecka, W. Łosiak (red.), *Zmagając się z chorobą nowotworową*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kozaka J. (2010), *Radzenie sobie ze stresem choroby – współczesne koncepcje teoretyczne*, „Psychoonkologia”, nr 2.
- Kozieł P., Lomper K., Uchmanowicz B., Polański J. (2016), *Związek akceptacji choroby oraz lęku i depresji z oceną jakości życia pacjentek z chorobą nowotworową gruczołu piersiowego*, „Medycyna Paliatywna w Praktyce”, nr 10(1).
- Król J., Szcześniak M., Koziarska D., Rzepa T. (2015), *Akceptacja choroby i postrzeganie czasu u osób leczonych immunomodulacyjnie z rzutowo-remisyjną postacią stwardnienia rozsianego (RR-SM)*, „Psychiatria Polska”, nr 49(5).
- Kupcewicz E., Wołosewicz I., Szypulska A., Fischer B. (2013), *Wpływ stresu na poziom satysfakcji z życia u chorych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie”, nr 14(10).
- Kurowska K., Jenczewska A. (2013), *Wpływ poziomu poczucia koherencji na wybór stylu radzenia sobie ze stresem u kobiet z rozpoznaniem nowotworu narządów rodnych*, „Current Gynecologic Oncology”, nr 11(4).
- Kübler-Ross E. (2001), *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, Poznań: Media Rodzina.
- Lazarus R., Folkman S. (1984), *Stress, Appraisal and Coping*, New York: Springer.
- Lifton R., Olson E. (1987), *Ludzki wymiar kataklizmu*, „Nowiny Psychologiczne”, nr 5.
- Lipowski Z.J. (1975), *Psychosomatic medicine today*, „Psychiatria Polska”, nr 4.
- Łuczyk M., Pietraszek A., Łuczyk R., Stanisławek A., Szadowska-Szlachetka Z., Charzyńska-Gula M. (2015), *Akceptacja choroby w grupie kobiet leczonych chirurgicznie z powodu nowotworu piersi*, „Journal of Education, Health and Sport”, nr 5(9).
- Majkovic M., Afeltowicz Z., Dębska-Slizień A., Lichodziejewska-Niemierko M., Rutkowski B. (1999), *Jakość życia chorych hemodializowanych, dializowanych otrzewnowo oraz pacjentów onkologicznych*, „Psychoonkologia”, nr 4.

- Meder J. (2014), *Rak głównym zabójcą ludzi w XXI wieku*, [w:] A. Potrykowska, Z. Strzelecki, J. Szymborski, J. Witkowski (red.), *Zachorowalność i umieralność na nowotwory a sytuacja demograficzna Polski*, Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa.
- Nowicki A., Krzemkowska E., Rhone P. (2015), *Acceptance of illness after surgery in patients with breast cancer in the early postoperative period*, „Polski Przegląd Chirurgiczny”, nr 87(11).
- Ogińska-Bulik N. (2011), *Rola prężności psychicznej w przystosowaniu się kobiet do choroby nowotworowej*, „Psychoonkologia”, nr 1.
- Osińska K. (1990), *Refleksje nad etyką lekarską*, Warszawa: Wydawnictwo Archidiecezji Warszawskiej.
- Pawlik M., Karczmarek-Borowska B. (2013), *Akceptacja choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii*, „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków”, nr 2.
- Pawłowska B., Międlar K., Biały-Międlar K., Dziurzyńska E. (2012), *Niepokój a postawy wobec choroby u pacjentek z guzami jajnika i mięśniakami macicy*, „Current Problems of Psychiatry”, nr 13(3).
- Popielski K. (2005), *Psychologiczne aspekty doświadczania chorób reumatycznych*, „Reumatologia”, nr 43(3).
- Porębiak M.I. (2012), *Zaburzenia i problemy psychiczne pacjentów onkologicznych*, http://psychiatria.mp.pl/choroby/70085_zaburzenia-i-problemy-psychiczne-pacjentow-onkologicznych (dostęp: 28.05.2017).
- Religioni U., Czerw A., Deptała A. (2015), *Acceptance of cancer in patients diagnosed with lung, breast, colorectal and prostate carcinoma*, „Iran Journal Public Health”, No. 44(8).
- Sesiuk A., Rzepiela L. (2016), *Wybrane zaburzenia psychiczne w przebiegu chorób nowotworowych*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”, nr 16(1).
- Stanišić M.G., Rzepa T. (2012), *Attitude towards one's illness vs. attitude towards a surgical operation, displayed by patients diagnosed with asymptomatic abdominal aortic aneurysm and asymptomatic internal carotid artery stenosis*, „International Angiology”, No. 31(4).
- Studen S. (2002), *Z psychologicznej problematyki zdrowia i choroby*, [w:] P. Oleś, S. Studen, J. Toczolowski (red.), *Jak świata mniej widzę. Zaburzenia widzenia a jakość życia*, Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Stanton A.L., Danoff-Burg S., Cameron C.L., Bishop M., Collins C.A., Kirk S.B., Sworowski L.A., Twillman R. (2000), *Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer*, „Journal of Consulting Clinical Psychology”, No. 68.
- Stępień R., Wrońska I. (2008), *Lęk i depresja jako emocjonalne uwarunkowania możliwości funkcjonalnych kobiet po radykalnym leczeniu raka piersi*, „Studia Medyczne”, nr 10.
- Strelau J., Jaworowska A., Wrześniewski K., Szczepaniak P. (2005), *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS. Podręcznik do polskiej normalizacji*, Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Suominen S., Helenius H., Blomberg H., Uutela A., Koskenvuo M. (2001), *Sense of coherence as a predictor of subjective state of health, results of 4 years of follow-up of adults*, „Journal Psychosomatic Research”, No. 50.
- Szwat B., Słupski W., Krzyżanowski D. (2011), *Sposoby radzenia sobie z chorobą nowotworową a poczucie depresji i nasilenie bólu u chorych objętych opieką paliatywną*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne”, nr 1(1).
- Telford K., Kralik D., Koch T. (2006), *Acceptance and denial: Implications for people adapting to chronic illness. Literature review*, „Journal of Advanced Nursing”, No. 55(4).
- Walden-Gałuszko K. de (2000), *Psychoonkologia*, Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej.
- Wrześniewski K., Sosnowski T., Jaworowska A., Fecenec D. (2011), *STAI – Inwentarz Stanu i Cechy Lęku. Polska adaptacja STAI*, Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Ziarko M. (2014), *Zmaganie się ze stresem choroby przewlekłej*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych.
- Zielazny P., Zarzeczna-Baran M., Wojtecka A. (2013), *System rodzinny a nowotwór – wybrane zagadnienia*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, nr 19(4).

SUMMARY

The purpose of the study was to determine whether there is a relationship between anxiety level (as a state and as a trait), acceptance of disease and coping with stress in oncological and non-oncological patients. The study involved 100 women (50 in both groups), aged 20 to 60 years. The following research tools were used: Coping Inventory for Stressful Situations (CISS), Acceptance of Illness Scale (AIS), State-Trait Anxiety Inventory (STAI). On the basis of the results of the study, it has been shown that oncological patients have a higher level of anxiety than non-oncological patients. It has also been found that oncological patients are worse at accepting their disease than non-oncological patients. In addition, coexistence of high levels of anxiety with low acceptance of cancer was found. What is more, the study has shown that in order to cope with stress, oncological patients would select the strategy based on emotion.

Keywords: cancer illness; anxiety; approval/acceptance of disease; strategy of coping with stress