

JOANNA PAUL-KAŃSKA

Katedra Nauk Humanistycznych
Wydział Organizacji i Zarządzania PŁ

CHOROBA NOWOTWOROWA – W OBLICZU ZAGROŻENIA ŻYCIA

WPROWADZENIE

Nowotwór – u wielu osób to słowo wypowiedziane przez lekarza budzi strach, przerażenie i jest najczęściej interpretowane jako zagrożenie życia. Wtedy stajemy twarzą w twarz ze swoją śmiertelnością. Rozpoznanie choroby nowotworowej jest dla każdego człowieka szokiem, z którym trudno się pogodzić. Badania statystyczne zdają się potwierdzać nasze obawy. Nowotwory są jedną z najczęstszych przyczyn zgonów na świecie (Chojnacka-Szałowska, 1998). Występowanie nasilonego lęku i niepokoju w chorobie nowotworowej związane jest ze szczególną sytuacją pacjenta, z rozpowszechnionym społecznym mitem o nieuleczalności choroby nowotworowej, z funkcjonowaniem negatywnych stereotypów myślowych stawiających znak równości między zachorowaniem a prawdopodobieństwem szybkiej śmierci, poza tym w Polsce występuje problem otwartego informowania chorych o rozpoznaniu i prognozie choroby, z czego z kolei rodzi się atmosfera złowrożej tajemniczości (Kubacka-Jasiecka, 1999).

W związku z dużą różnorodnością typów nowotworów skomplikowane jest zarówno samo leczenie, jak i późniejszy powrót do zdrowia. Każdy przypadek jest sprawą indywidualną i trudną do przewidzenia co do dalszego rozwoju, nawrotów czy przerzutów do innych części organizmu.

ZASOBY PSYCHICZNE POMOCNE W ZMAGANIU SIĘ Z CHOROBA

W obliczu zagrożenia, jakim bez wątpienia jest choroba nowotworowa, człowiek uruchamia różne mechanizmy radzenia sobie z tym problemem. Każdy radzi sobie w zależności od zasobów, jakie posiada. Cechy osobowościowe

również determinują rodzaj stosowanych sposobów radzenia sobie, ułatwiając – lub – nie przystosowanie się do nowej i trudnej sytuacji.

W procesie zmagania się z chorobą istotna jest osobowość pacjenta, która może mieć charakter wewnątrzsterowny lub zewnątrzsterowny. Osoby zewnątrzsterowne to ludzie o umysłach jednostronnych, deprecjonujący wieloznaczność i złożoność; nie są obiektywne. Oceniając zjawiska i zdarzenia, biorą pod uwagę niewielką liczbę aspektów i wymiarów, spostrzegają świat w kategoriach czarno-białych (Sę k, 1993).

Postawa człowieka z osobowością wewnątrzsterowną jest praktycznie przeciwnością wcześniej wymienianych cech. Jest to postawa aktywna, niezależna od innych, jednostka ma zdolność podejmowania decyzji i bierze odpowiedzialność za swoje działania (Sę k, 1993).

Badania prowadzone przez M. Seemana i J. W. Evansa (Drwał, 1995) wykazały, że pacjenci o wewnętrznym umiejscowieniu kontroli chcieli wiedzieć i wiedzieli więcej o swoim stanie zdrowia, aktywniej gromadzili informacje o chorobie, jej skutkach i przyczynach oraz częściej szukali kontaktu z personelem medycznym niż pacjenci zewnątrzsterowni.

Osoby chore muszą nie tylko radzić sobie z emocjami, ale również z przyczyną tych emocji, czyli chorobą i jej następstwami. Najczęstsze sposoby radzenia sobie z emocjami są ukierunkowane głównie na opanowanie lęku, który jest typową reakcją towarzyszącą chorobie.

W przypadku choroby nowotworowej, podobnie jak w sytuacjach innego zagrożenia, wyodrębnia się dwie poznawcze strategie radzenia sobie: poszukiwanie informacji o chorobie i zagrożeniu oraz unikanie ich. Dla niektórych osób zdobywanie informacji i poszerzanie wiedzy na temat aktualnego zagrożenia może mieć wpływ na zmniejszenie niepewności i lęku. Inni, odwracając swoją uwagę unikają informacji, dobrze tolerują niepewność, natomiast napływające informacje na temat zagrożenia wzbudzają u nich lęk. Pierwszych można nazwać „czujnymi obserwatorami”, drugich – „wytłumiaczami ostrzeżeń” (Heszen-Niejodek, 1990).

Wykazano, że w przebiegu większości chorób somatycznych, w tym nowotworowych, użyteczne są oba rodzaje strategii radzenia sobie, zarówno konfrontacyjne, jak i unikowe. Jednak rodzaj strategii powinien być dostosowany do aktualnej sytuacji chorego. Wyniki badań empirycznych częściowo potwierdzają, że pacjenci stosujący różnorodne formy radzenia sobie, zarówno te zorientowane na problem – czujne i aktywne, jak i strategie zorientowane na emocje czy unikowe, osiągnęli pod różnymi względami lepsze przystosowanie niż bierni lub posługujący się jedną strategią. Przy tym okazało się, że elastyczne radzenie sobie, czyli posługiwanie się różnorodnymi strategiami zmieniającymi się pod wpływem czasu, jest korzystniejsze (Strelau, 2000).

Radzeniu sobie ze stresem sprzyjają również przekonania chorego dotyczące szans osiągnięcia zamierzonego celu, czyli poczucie własnej skuteczności.

A. Bandura (1982 za: Sheridan, Radmacher, 1998) uważa, że przekonania dotyczące własnej skuteczności wpływają nie tylko na wybór zadań i nasze nastawienia, ale również na wysiłek podejmowany w momencie, kiedy pojawiają się przeszkody. Wspomniany autor wymienia następujące czynniki, które mogą wpływać na poczucie własnej skuteczności: wcześniejsze sukcesy i porażki, doświadczenia zastępcze (czyli np. obserwowanie działań i zachowań innych), informacje zwrotne otrzymane od otoczenia na temat naszych umiejętności, jak również ogólny stan fizjologiczny (A. Bandura, 1982 za: Sheridan, Radmacher, 1998).

Poczucie własnej skuteczności wyraża subiektywną ocenę naszych możliwości potrzebnych do przeprowadzenia zamierzonego zadania. Jego niski poziom często wiąże się z depresją, lękiem i bezradnością, natomiast osoby z wysokim poczuciem własnej skuteczności zazwyczaj stawiają sobie wysokie cele, są bardziej wytrwałe i efektywne w działaniu, mają większe osiągnięcia (Juczyński, 2001).

Celem badań własnych było określenie zależności między stosowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową a poczuciem umiejscowienia kontroli zdrowia i poziomem samoskuteczności chorego. Uzyskane wyniki pozwolą lepiej poznać funkcjonowanie chorego i zidentyfikować jego sposoby zmagania się z chorobą.

MATERIAŁ I METODY BADAŃ

Badaniom poddano 62 osoby z rozpoznaniem choroby nowotworowej, w tym 30 kobiet z rozpoznaniem nowotworu narządu rodowego i 32 mężczyzn z nowotworami narządów wewnętrznych, przebywających w Szpitalu Specjalistycznym im. Mikołaja Kopernika w Łodzi.

W badaniach zastosowano następujące metody standardowe.

1. Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia – MHLC, K. A. Walston, B. S. Walston, R. De Vellis, adaptacja: Z. Juczyński (2001) – która mierzy trzy wymiary umiejscowienia kontroli zdrowia: wewnętrzne, wpływ innych i przypadek.

2. Skala Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej – Mini-MAC, M. Watsona i wsp., adaptacja: Z. Juczyński (2001) – mierząca 4 strategie radzenia sobie: duch walki, bezradność – beznadziejność, pozytywne przewartościowanie, zaabsorbowanie lękowe.

3. Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności – GSES, R. Schwarzer, M. Jerusalem i Z. Juczyński (Juczyński, 2001) badająca ogólny wskaźnik poczucia własnej skuteczności.

WYNIKI BADAŃ

1. Radzenie sobie ze stresem. Strategie radzenia sobie zostały przeanalizowane w zależności od płci pacjentów. Wyniki badań wykazały zależność między preferowaną strategią a płcią jedynie w przypadku strategii zaabsorbowania lękowego.

Tabela 1

Średnie wyniki w strategiach radzenia sobie w zależności od płci

Strategie	Kobiety (<i>N</i> = 30)		Mężczyźni (<i>N</i> = 32)		Wartość testu <i>t</i> -studenta	Poziom istotności <i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Duch walki	20,43	1,77	20,71	3,14	-0,44	ni
Bezradność – beznadziejność	11,96	3,11	11,28	2,86	0,90	ni
Pozytywne przewartościowanie	20,53	1,99	21,15	2,46	-1,09	ni
Zaabsorbowanie lękowe	17,93	2,93	14,87	3,36	3,80	0,000

Strategie pozytywnego przewartościowania, bezradność – beznadziejność i duch walki, jak się okazało nie różnicują grup. Natomiast tym, co różni te grupy od siebie, jest stosowanie strategii zaabsorbowania lękowego; kobiety otrzymały wyniki wyższe.

Można sądzić, że kobiety bardziej niż mężczyźni są zaniepokojone chorobą, odczuwają większy lęk i niepokój, mają obawy, że choroba powróci lub stan zdrowia się pogorszy.

2. Umiejscowienie kontroli zdrowia. Zmienna poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia została przeanalizowana również w zależności od płci pacjentów.

Tabela 2

Średnie wyniki umiejscowienia kontroli zdrowia w zależności płci

Umiejscowienie kontroli zdrowia	Kobiety (<i>N</i> = 30)		Mężczyźni (<i>N</i> = 32)		Wartość testu <i>t</i> -studenta	Poziom istotności <i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Wewnętrzne (W)	25,36	4,48	29,12	4,40	-3,33	0,005
Wpływ innych (I)	31,03	4,95	31,90	4,60	-0,72	ni
Przypadek (P)	21,66	6,11	22,90	6,03	-0,80	ni

Porównanie grupy kobiet z rozpoznaniem nowotworu narządu rodowego z grupą mężczyzn z rozpoznaniem nowotworu narządów wewnętrznych wykazało, że występują tylko istotne różnice w ramach wewnętrznej kontroli zdrowia, gdzie mężczyźni uzyskali wyniki wyższe, co sugeruje, że w większym stopniu wierzą, iż kontrola nad ich zdrowiem zależy od nich samych. Mężczyźni bardziej niż kobiety są przekonani o możliwości wpływu na przebieg własnej choroby.

3. Poczucie własnej skuteczności. Zmienną poczucia własnej skuteczności także przeanalizowano w odniesieniu do płci pacjentów.

Tabela 3

Porównanie poczucia własnej skuteczności między grupą kobiet a mężczyzn

Zmienna	Kobiety (N = 30)		Mężczyźni (N = 32)		Wartość testu t-studenta	Poziom istotności p
	M	SD	M	SD		
Poczucie własnej skuteczności	30,06	3,85	33,28	4,26	-3,05	0,05

Grupa kobiet różni się istotnie w zakresie poczucia własnej skuteczności od grupy mężczyzn, którzy uzyskali wyższe wyniki w poczuciu własnej skuteczności, co sugeruje, że mają większe zaufanie do swoich możliwości niż kobiety, charakteryzują się również poczuciem, że w sytuacjach trudnych są w stanie sobie poradzić. Kobiety charakteryzują się mniejszą wiarą we własne umiejętności radzenia sobie z nieoczekiwanymi problemami.

4. Zależności między strategiami radzenia sobie a umiejscowieniem kontroli zdrowia i samoskutecznością. W badaniach została porównana zależność między czterema strategiami radzenia sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową (duch walki, bezradność – beznadziejność, pozytywne przewartościowanie i zaabsorbowanie lękowe) a umiejscowieniem kontroli zdrowia (wewnętrzne poczucie kontroli, wpływ innych i przypadek) oraz własną skutecznością. Ze względu na to, że badane grupy różnią się w zakresie preferowanych strategii radzenia sobie ze stresem choroby, powyższe zależności zbadano dla dwóch grup oddzielnie.

Analiza korelacji między stosowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem a umiejscowieniem kontroli w grupie kobiet nie wykazała istotnych statystycznie zależności między tymi zmiennymi.

Natomiast u mężczyzn można stwierdzić istnienie zależności między kontrolą wewnętrzną a pozytywnym przewartościowaniem, jak również między przypadkiem a pozytywnym przewartościowaniem; obie zależności są istotne.

Tabela 4

Zależność między umiejscowieniem kontroli zdrowia a strategiami radzenia sobie z chorobą nowotworową w grupie kobiet

Korelacja	Duch walki	Bezradność – beznadziejność	Pozytywne przewartościowanie	Zaabsorbowanie lękowe
Wewnętrzne (W)	0,13	-0,18	-0,20	-0,28
Wpływ innych (I)	-0,06	0,20	0,41	0,37
Przypadek (P)	0,13	0,16	0,25	0,24

Tabela 5

Zależność między umiejscowieniem kontroli zdrowia a strategiami radzenia sobie z chorobą nowotworową w grupie mężczyzn

Korelacja	Duch walki	Bezradność – beznadziejność	Pozytywne przewartościowanie	Zaabsorbowanie lękowe
Wewnętrzne (W)	0,25	-0,32	0,66*	-0,20
Wpływ innych (I)	-0,37	0,27	0,04	0,30
Przypadek (P)	0,20	-0,07	0,62*	0,00

* Korelacja statystycznie istotna na poziomie 0,001.

Tabela 6

Zależność między poczuciem własnej skuteczności a strategiami radzenia sobie ze stresem w grupie kobiet

Korelacja	Duch walki	Bezradność – beznadziejność	Pozytywne przewartościowanie	Zaabsorbowanie lękowe
Poczucie własnej skuteczności	0,58*	-0,69*	0,1	-0,39

* Korelacja statystycznie istotna na poziomie 0,001.

Wyniki badań i analiz wykazały zależności między występowaniem strategii radzenia sobie a umiejscowieniem kontroli zdrowia. Można sformułować wniosek, że zarówno osoby charakteryzujące się wewnętrznym poczuciem umiejscowienia kontroli zdrowia, jak i te, które uważają, że o ich zdrowiu decyduje przypadek, preferują aktywne strategie radzenia sobie ze stresem (pozytywne przewartościowanie).

Tabela 7

Zależność między poczuciem własnej skuteczności a strategiami radzenia sobie ze stresem w grupie mężczyzn

Korelacja	Duch walki	Bezradność – beznadziejność	Pozytywne przewartościowanie	Zaabsorbowanie lękowe
Poczucie własnej skuteczności	0,19	-0,61*	0,55*	-0,54*

* Korelacja statystycznie istotna na poziomie 0,001.

Analiza poszczególnych grup pacjentów pokazuje, że:

– w grupie kobiet z nowotworem narządów rodnych istnieje dodatnia korelacja między poczuciem własnej skuteczności a strategią pozytywnej postawy i ujemna między poczuciem własnej skuteczności a strategią bezradności – beznadziejności,

– wyniki uzyskane przez pacjentów z nowotworem narządów wewnętrznych wskazują na dodatnią zależność między poczuciem własnej skuteczności a pozytywnym przewartościowaniem i ujemną między poczuciem własnej skuteczności a bezradnością – beznadziejnością i zaabsorbowaniem lękowym.

Można zatem uznać, że występują istotne zależności między poczuciem samoskuteczności a strategiami radzenia sobie. Chorzy charakteryzujący się wysokimi wynikami własnej skuteczności stosują aktywne strategie radzenia sobie z chorobą, osoby o poczuciu niskiej samoskuteczności, odwrotnie – stosują bierne strategie zmagania się z chorobą. Ci, którzy mają wiarę we własne siły, wierzą, że nastawienie może modyfikować przebieg choroby, również ze stresem walczą z przekonaniem, w sposób aktywny.

PODSUMOWANIE WYNIKÓW BADAŃ

Wyniki badań potwierdzają związek badanych zmiennych – umiejscowienia kontroli zdrowia i poczucia własnej skuteczności – ze strategiami radzenia sobie ze stresem choroby. Badania wykazały, że osoby z wewnętrznym poczuciem umiejscowienia kontroli zdrowia, czyli zarówno przeświadczone o możliwości wpływu na przebieg choroby, jak i charakteryzujące się wysokim poczuciem samoskuteczności, preferują aktywne style radzenia sobie z chorobą, nie poddają się.

Psychiczne nastawienie, jakim jest wiara we własne możliwości czy świadomość kontrolowania zdarzeń w sytuacji choroby wpływa na wybór aktywnego

sposobu przełamywania stresów oraz na mobilizację organizmu do walki z nowotworem.

Ponadto stwierdzono, że mężczyźni w sytuacji choroby częściej charakteryzują się wewnętrznym poczuciem umiejscowienia kontroli – i to prawdopodobnie będzie ich skłaniać do podejmowania działań wpływających na poprawę stanu zdrowia. Mając świadomość, że wiele zależy od nich samych, będą próbowali wykorzystać szansę decydowania o przebiegu swojej choroby.

Natomiast kobiety w większym stopniu czują zaniepokojenie i lęk z powodu rozpoznania nowotworu, czują się zagubione i mają wiele wątpliwości dotyczących swego przyszłego życia. Można sądzić, że takie nastawienie jest związane nie tyle z płcią, ile z rodzajem nowotworu, jaki został zdiagnozowany. Wiele kobiet uważa, że operacja czy usunięcie i nieprawidłowe funkcjonowanie narządu rodowego pozbawia je kobiecości, często sądzą, że nie są już tyle warte co wcześniej. Dla nich kończy się pewien okres życia, czeka je nowa sytuacja w tak odmiernej (gorszej – jak często uważają) roli.

Może należałoby zwrócić szczególną uwagę właśnie na kobiety z tego rodzaju nowotworami, próbować wzmocnić u nich poczucie samoskuteczności, nauczyć je, jak mają sobie radzić ze stresem związanym z tą szczególnie trudną i nową dla nich sytuacją. Psychoterapia ukierunkowana na obniżenie lęku, poprawa psychicznego nastawienia, jakim jest wiara we własne możliwości, może pozytywnie wpłynąć na ogólne funkcjonowanie kobiety i pomóc jej spojrzeć na siebie z dystansu.

Mając świadomość ograniczeń w zakresie uogólniania uzyskanych wyników (z uwagi na niewielką grupę badanych), można jednak uznać, że zrealizowane badania potwierdziły funkcjonującą w literaturze przedmiotu tezę o wpływie umiejscowienia kontroli zdrowia i samoskuteczności na sposób radzenia sobie z chorobą nowotworową. Podjęcie szerszych badań, uwzględniających poza czynnikami psychologicznymi także społeczne (np. sytuację ekonomiczną i rodzinną czy wykształcenie badanych), pozwoliłoby stworzyć bogatszy obraz uwarunkowań kształtujących postawy ludzi w sytuacji zagrożenia zdrowia.

BIBLIOGRAFIA

- Bishop G. D. (2000), *Psychologia zdrowia*, Astrum, Wrocław
- Chojnacka-Szawłowska G. (1998), *Rozpoznanie choroby nowotworowej. Uwarunkowania psychologiczne*, PZWL, Warszawa
- Drwal R. Ł. (1995), *Adaptacja kwestionariuszy osobowości. Wybrane zagadnienia i techniki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa
- Heszen-Niejodek I. (1990), *Rola psychologa w diagnostyce i leczeniu chorób somatycznych*, PZWL, Warszawa

-
- Juczyński Z. (2001), *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa
- Kubacka-Jasiecka D. (1999), *Problematyka lęku i zmaganie się z lękiem w chorobie nowotworowej*, [w:] D. Kubacka-Jasiecka, W. Łosiak (red.), *Zmagając się z chorobą nowotworową*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 143–179
- Sęk H. (red.) (1993), *Spoleczna psychologia kliniczna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa
- Sheridan Ch.L., Radmacher S.A. (1998), *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*, Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa
- Strelau J. (red.) (2000), *Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom 3. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk