UNIWERSYTET WARMIŃSKO-MAZURSKI W OLSZTYNIE

WYDZIAŁ NAUK MEDYCZNYCH

Monika Wardas

Dynamika zmian nasilenia depresji i lęku podczas chemioterapii u pacjentów z rakiem jelita grubego i jej psychospołeczne i kliniczne uwarunkowanie.

Rozprawa doktorska przygotowana pod kierunkiem:

Promotor

Prof. dr hab. n. med. Krystyny de Walden-Gałuszko

Olsztyn, 2023

Serdecznie dziękuję

Pani prof. dr hab. n. med. Krystynie de Walden–Gałuszko za inspirację, poświęcony czas, życzliwość i wyrozumiałość w pisaniu niniejszej pracy.

Spis treści

Lista Skrótów: 4
List of abbriviations: 6
1. Wstęp. Rak jelita grubego 8
1.1. Czynniki ryzyka rozwoju raka jelita grubego 8
1.2. Epidemiologia raka jelita grubego 10
1.3. Objawy, diagnostyka i profilaktyka raka jelita grubego 11
1.4. Leczenie raka jelita grubego 14
1.4.1. Leczenie chirurgiczne 14
1.5. Leczenie chemiczne 15
1.5.1. Leki cytostatyczne stosowane w leczeniu raka jelita grubego 17
1.5.2. Schematy chemioterapii stosowane u chorych na raka jelita grubego 19
2. Etapy choroby 21
2.1. Reakcje psychiczne pacjentów na chorobę nowotworową 22
2.2. Sposoby radzenia sobie z chorobą nowotworową 27
3. Depresja u chorych na nowotwory 30
3.1. Epidemiologia 30
3.2. Objawy depresji 30
3.3. Leczenie depresji 34
3.3.1. Leczenie farmakologiczne 34
3.3.2. Postępowanie niefarmakologiczne 36
3.3.3. Rak jelita grubego a depresja 37
4. Lęk u pacjentów onkologicznych 40
4.1. Definicja- przyczyny 40
4.2. Epidemiologia 41
4.3. Leczenie zaburzeń lękowych 44
4.3.1. Leczenie farmakologiczne 44
4.3.2. Postępowanie niefarmakologiczne 45
5. Akceptacja choroby 47
5.1. Akceptacja choroby u pacjentów z rozpoznaniem raka jelita grubego 47
5.2. Rola rodziny w leczeniu pacjenta z rozpoznaniem raka jelita grubego 50
6. Cele badania 56
7. Pacjenci i metody 59
7.1. Pacjenci 59
7.2. Metody 60

7.3. Narzędzia badawcze 61
7.3.1. Rotterdamska Lista Objawów – The Rotterdam Symptom Checklist (RSCL) 61
7.3.2 Skala Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej -Mini–MAC (Scale of Mental Adjustment to Cancer) 62
7.3.3. Skala Akceptacji Choroby (AIS, Acceptance of Illness) 63
7.3.4. Zmodyfikowana Szpitalna Skala Lęku i Depresji – Hospital Anxiety and Deppression Scale- Modified (HADS-M) 63
7.3.5. Inwentarz Depresji Becka II – Beck Depression Inventory (BDI–II) 64
7.3.6. Ankieta własna 64
7.4. Metody statystyczne 65
8. Wyniki 66
9. Dyskusja 90
10. Wnioski 100
11. Bibliografia 101
12. Streszczenie 118
12.1. Abstract 120
13. Załączniki 122

Lista Skrótów:

AFAP	Atypowa polipowatość rodzinna
AICR	Amerykański Instytut Badań nad Rakiem
AIS	Skala akceptacji choroby
APC	Gruczolakowata polipowatość coli
BCO	Beskidzkie Centrum Onkologii
BDI- II	Inwentarz depresji Becka II
CEA	Antygen rakowo-płodowy
CIPN	Neuropatia obwodowa wywołana chemioterapią
CRC	Rak jelita grubego CRC
DCPH	Dootrzewnowa Chemioterapia Perfuzyjna w Hipertermii
DNA	Kwas deoksyrybonukleinowy
EUS	Ultrasonograf endoskopowy
FAP	Rodzinna polipowatości gruczolakowata
FAS	Skala oceny zmęczenia
HADS	Kwestionariusz szpitalnej skali lęku i depresji
HADS-A	Poziom Lęku wg Szpitalnej Skali Lęku i Depresji
HADS-D	Poziom Depresji wg Szpitalnej Skali Lęku i Depresji
HADS-M	Kwestionariusz szpitalnej skali lęku i depresji-wersja zmodyfikowana
HNPCC	Zespół Lyncha
hMLH1	Mutacja genu ludzkiego 1
hMSH2	Mutacja genu ludzkiego 2
IMAO	Inhibitory oksydazy monoaminowej
Me	Mediana
MINI-MAC	Skala Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej
MRI	Rezonans magnetyczny
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
OUN	Ośrodkowy układ nerwowy
PET	Pozytonowa tomografia emisyjna
PTSD	Zespół stresu pourazowego

Q_1	Kwartyl 1
Q_3	Kwartyl 3
RJG	Rak jelita grubego
RSCL	Rotterdamska lista objawów
RTG	Zdjęcie rentgenowskie
SD	Odchylenie standardowe
SNRI	Selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego noradrenaliny
SSRI	Selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny
SWLS	Skala Satysfakcji z życia
TK	Tomograf komputerowy
TNM	Przerzut-Węzeł-Guz
USG	Ultrasonograf
UICC	Międzynarodowa Unia Kontroli Raka
WCRF	Światowy Fundusz Walki nad Rakiem
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia

List of abbriviations:

AFAP	Atypical Familial Adenomatous Polyposis
AICR	American Institute for Cancer Research
AIS	Illness Acceptance Scale
APC	Adenomatous Polyposis Coli
BCO	Beskid Oncology Center
BDI- II	Beck Depression Inventory II
CEA	Cancerous-Fetal Antigen
CIPN	Chemotherapy-induced peripheral neuropathy
CRC	Colorectal Cancer
DCPH	Intraperitoneal Perfusion Chemotherapy in Hyperthermia.
DNA	Deoxyribonucleic Acid
EUS	Endoscopic Ultrasound
FAP	Familial Adenomatous Polyposis
FAS	Fatigue Assessment Scale
HADS	Hospital anxiety and depression scale questionnaire
HADS-A	Anxiety level according to the Hospital Anxiety and Depression Scale
HADS-D	Depression level according to the Hospital Anxiety and Depression Scale
HADS-M	Hospital Anxiety and Depression Scale Questionnaire - Modified Version
HNPCC	Lynch Syndrome
hMLH1	Human Gene Mutation 1
hMSH2	Human Gene Mutation 2
IMAO	Monoamine Oxidase Inhibitors Inhibitory
Me	The Median
MINI-MAC	Scale of Mental Adjustment to Cancer
MRI	Magnetic Resonance Imaging
NFZ	National Health Fund

OUN	Central nervous system
PET	Positron Emission Tomography
PTSD	Post-Traumatic Stress Disorder
Q_1	Quartile 1
Q_3	Quartile 3
RJG	Colon Cancer
RSCL	Rotterdam List of Symptoms
RTG	X-Ray Image
SD	Standard deviation
SNRI	Selective Noradrenaline Reuptake Inhibitors
SSRI	Selective Serotonin Reuptake Inhibitors
SWLS	Satisfaction with Life Scale
TK	Computer Tomograph
TNM	Tumor-Node-Metastasis
USG	Ultrasound
UICC	Union International Cancer Control
WCRF	World Cancer Research Fund
WHO	World Health Organization

1. Wstęp. Rak jelita grubego

Rak jelita grubego (colorectal cancer – CRC) jest pierwotnym nowotworem złośliwym, który wywodzi się z nabłonka błony śluzowej jelita grubego i do którego zaliczany jest rak okrężnicy, rak zgięcia esiczo-odbytniczego, rak odbytnicy i rak odbytu.

1.1. Czynniki ryzyka rozwoju raka jelita grubego

Czynnik genetyczny stwierdza się u około 10% wszystkich zachorowań na raka jelita grubego, który rozwija się z dwóch rodzajów gruczolakowości rodzinnej. Zespół Lyncha (HNPCC) to dziedziczny rak jelita grubego, który stanowi 3–5% nowotworów jelita grubego, przyczyną jest mutacja genów hMLH1 i hMSH2, które mają zdolności naprawcze uszkodzonego DNA, stąd wynika brak eliminacji komórek nowotworowych. Objawy obejmują bóle brzucha, niedokrwistość i utratę masy ciała. Choroba ta jest dziedziczona genetycznie, dlatego też niebywale istotnym jest przeprowadzenie wywiadu rodzinnego, a zwłaszcza informacja ile osób w rodzinie pacjenta przebyło raka jelita grubego oraz czy są to osoby z I stopnia pokrewieństwa, tj.: matka, ojciec, brat, siostra.

Rodzinna polipowatość gruczolakowata (FAP) to choroba dziedziczna, spowodowana mutacją genu APC (ang. adenomatous polyposis coli). U połowy pacjentów z FAP rak jelita grubego ujawnia się do 35 roku życia – do tego czasu mutacje genu występują u 95% chorych. Choroba ta charakteryzuje się występowaniem niezwykle licznych, małych polipów okrężnicy i odbytnicy. Wystąpienie raka jelita grubego będzie więc efektem braku wdrożenia leczenia na etapie tworzenia się polipów. Wyróżniono również AFAP, wariant FAP, którego cechuje łagodny przebieg choroby. Liczba polipów oscyluje w granicach około 10–100, które są umiejscowione po prawej stronie jelita grubego. Natomiast prawdopodobieństwo wystąpienia raka jelita grubego jest w omawianym przypadku niewielkie [1], jego wystąpienie w rodzinie dotyczy wyłącznie 20% wszystkich rozpoznanych przypadków [2].

Istotnym czynnikiem ryzyka rozwoju raka jelita grubego jest choroba Leśniowskiego-Crohna, która powoduje bóle brzucha, biegunki, zaparcia, krew w stolcu, utratę masy ciała, osłabienie, gorączkę lub stany podgorączkowe [3].

Czynniki żywieniowe, które stanowią ważny aspekt w powstaniu choroby nowotworowej są odpowiedzialne za pozostałe przypadki zdiagnozowanych raków. Zawartość karcynogeny, która występuje w spożywanym pokarmie, a podczas konsumpcji nie zostanie wchłonięta w jelicie cienkim, wpływa na podrażnienie jelita grubego, tworząc stany zapalne, a w konsekwencji nowotwór jelita grubego. Na ryzyko rozwoju raka jelita grubego wpływają głównie styl życia, sposób odżywiania, aktywność fizyczna i stres [4]. Dieta odgrywa niebywale istotną rolę w rozwoju owej choroby, a zwłaszcza nadmierne spożycie czerwonego mięsa, wysoka kaloryczność posiłków i tłuszczy zwierzęcych. Karcynogeny w spożywanym pokarmie, które nie zostaną wchłonięte w jelicie cienkim, mogą skutkować wystąpieniem stanów zapalnych i nowotwór jelita grubego. Konsumpcja dużej ilości czerwonego mięsa i alkoholu oraz nadwaga sprzyjają rozwojowi choroby.

Dieta bogata w błonnik pokarmowy, mleko, ryby, owoce i czosnek minimalizuje ryzyko zachorowania na raka jelita grubego. Zaleca się zmniejszenie ilości spożycia mięsa do ok. 500 gram tygodniowo oraz unikanie jego smażonej i pieczonej postaci. Codzienna konsumpcja mięsa, zwłaszcza czerwonego, kilkukrotnie zwiększa ryzyko zachorowania na raka jelita grubego, w porównaniu do przypadków, w których nie spożywa się mięsa [5]. Badane są również inne czynniki rakotwórcze, jak te mogące być zawarte np. w serach, cukrach prostych. U 15% badanych osób, które zadeklarowały spożycie dużej ilości mleka każdego dnia, wykazano mniejsze ryzyko rozwoju raka jelita grubego [6]. U 14% badanych, u których stwierdzono wzrost poziomu wapnia, dzięki spożywaniu produktów mlecznych, zaobserwowano mniejsze ryzyko zachorowania na raka jelita grubego. Wapń, dostarczony do organizmu w mleku, tworzy z kwasem żółciowym nierozpuszczalne sole wapnia, które działają przeciwnowotworowo [7].

Inne czynniki, które wpływają na powstanie raka jelita grubego, to: brak aktywności fizycznej, otyłość, palenie papierosów, spożywanie dużej ilości alkoholu, zespół metaboliczny, choroby nowotworowe w rodzinie i polipy gruczołowe jelita grubego. Należy zaznaczyć, że choroba rozwija się początkowo wolno i często nie daje żadnych widocznych objawów. W zaawansowanym stadium może natomiast wystąpić krwawienie z przewodu pokarmowego, problemy z wypróżnianiem, niedrożność jelit, niedokrwistość, utrata masy ciała, bóle jamy brzusznej, szczególnie w czasie ucisku i ogólne osłabienie. Pacjenci niekiedy bagatelizują objawy, stosują domowe sposoby leczenia, co w konsekwencji prowadzi do rozwoju choroby.

Badania przeprowadzone przez Amerykański Instytut Badań nad Rakiem (AICR), jak również Światowy Fundusz Walki z Rakiem (WCRF), miały określić skuteczność przeciwnowotworowej żywności bogatej w kwas foliowy, zmniejszającej ryzyko zachorowania na CRC. Badacze jednak dowiedli, że jej efektywność w przedmiotowej kwestii budzi liczne wątpliwości. Nieustannie prowadzone są badania na nowych czynnikach i substancjach odżywczych, które mogą zapobiegać powstawaniu raka jelita grubego [8]. Naturalnym wspomagaczem organizmu wydaje się być w tym przypadku czosnek, bowiem dzięki związkom siarkowym wpływa na aktywność limfocytów T i makrofagów, wykazuje także właściwości bakteriobójcze. W dalszym ciągu prowadzone są badania naukowe, które mają pokazać wpływ czosnku na zmniejszenie diagnozy nowotworowe [9].

1.2. Epidemiologia raka jelita grubego

Liczba zachorowań na raka jelita grubego wzrasta – w krajach uprzemysłowionych jest to około 1,2 miliona nowych przypadków w ciągu roku [10]. Najczęstsze nowotwory to rak piersi, rak jelita grubego i rak płuca, natomiast najwięcej zgonów występuje wśród chorych na raka jelita grubego, raka płuc i raka żołądka. W okresie 12 miesięcy na nowotwory przewodu pokarmowego na całym świecie zachorowało około 3 miliony osób i liczba ta wzrasta [11]. Spośród wszystkich nowotworów przewodu pokarmowego, rak jelita grubego zajmuje pierwsze miejsce na świecie pod względem liczby zachorowań i zgonów. Oszacowano, że w 2025 roku w Polsce na owego raka zachoruje około 15 500 mężczyzn i 9100 kobiet. Zachorowalność na raka jelita grubego wzrasta i jest wyższa w krajach wysoko rozwiniętych i wśród pacjentów po 40 roku życia [12]. Najwięcej zachorowań na raka jelita grubego dotyczy osób po 65 roku życia. W ostatnich latach zwiększyła się także liczba zgonów z powodu raka jelita grubego [13].

Rak jelita grubego jest obecnie trzecim najczęściej występującym nowotworem złośliwym w polskiej populacji stanowiącym ok. 10% wszystkich zachorowań na nowotwory, częściej występuje u mężczyzn. Według Krajowego Rejestru Nowotworów każdego roku wzrasta zachorowalność na raka jelita grubego i raka odbytu. Są one trzecim co do częstotliwości występowania nowotworem w grupie mężczyzn – obecnie 660 000 przypadków (10%) i drugim nowotworem pod względem zachorowalności w grupie kobiet – obecnie 570 000 zachorowań (9%). Największy wzrost zachorowań ma miejsce w krajach wysoko

rozwiniętych i wynosi 60% przypadków. Najwięcej zachorowań występuje w Europie Zachodniej, Nowej Zelandii i Australii, natomiast najniższa zachorowalność na raka jelita grubego występuje w Afryce i w Centralnej i Południowej Azji. Nowotwory jelita grubego są odpowiedzialne za 600 000 zgonów rocznie na świecie (8%) [14]. W okresie roku rak ten rozpoznawany jest w Europie u 35 na 100 000 mężczyzn i u 25 na 100 000 kobiet. Rak jelita grubego jest rzadko rozpoznawany przed 40 rokiem życia, najwięcej zachorowań występuje u pacjentów po 60 roku życia [15]. Rozpoznanie często ma miejsce w zaawansowanej fazie choroby, ponieważ objawy mogą nie być charakterystyczne i pojawiać się również w przypadku innych chorób.

1.3. Objawy, diagnostyka i profilaktyka raka jelita grubego

W zależności od umiejscowienia guza pierwotnego mogą wystąpić objawy charakterystyczne dla poszczególnej grupy. Objawy miejscowe zależą od lokalizacji guza pierwotnego. Tak też, rak prawej połowy okrężnicy może powodować tępy ból po prawej stronie w okolicy nadbrzusza, śródbrzusza lub podbrzusza. Stolec jest dość ciemny, zmieszany z krwią. Natomiast rak lewej połowy okrężnicy charakteryzuje zazwyczaj ból kolkowy i stolec ze świeżą, jasnoczerwoną krwią. Pacjenci często skarżą się na ból, niedrożność i problemy z wypróżnianiem. W raku okrężnicy występują bóle brzucha, biegunki i zaparcia oraz krew w stolcu [16]. W zależności od lokalizacji guza i stopnia zaawansowania mogą wystąpić objawy zajęcia innych narządów, najczęstszą lokalizację przerzutów stanowi wątroba (15–25%) [17].

U osób po 50. roku życia 5% polipów ulega przekształceniu w raka jelita grubego. Dlatego też, badania przesiewowe są ważnym czynnikiem we wczesnym wykryciu choroby. Jedną z podstawowych metod jest wykonanie testu na obecność krwi utajonej w kale. Badanie to pozwala wykryć śladowe ilości krwi w stolcu, które nie są widoczne gołym okiem. Lekarze zalecają je także podczas prowadzonej diagnostyki zarówno w kierunku raka jelita grubego, jak i innych chorób układu pokarmowego. Badanie na krew utajoną w kale jest zalecane przynajmniej dwa razy w roku u kobiet i mężczyzn po 50 roku życia, nawet jeżeli wcześniej nie wystąpiły niepokojące objawy. Przygotowanie do badania obejmuje dietę bogatą w błonnik, który przyspiesza wypróżnienie. Natomiast trzy dni przed planowanym badaniem, pacjent powinien odstawić leki przeciwkrzepliwe i przeciwzapalne. Nie należy również

stosować leków zmiękczających stolec. Badanie na obecność krwi w kale wykonuje się w celu wykluczenia lub potwierdzenia raka jelita grubego.

Ręczne badanie odbytnicy (per rectum) wymaga zapewnienia pacjentom intymności. Badanie składa się przede wszystkim z oględzin okolicy odbytu oraz profesjonalnego per rectum. Najpierw lekarz bada okolice odbytu, kolor i powierzchnię skóry, następnie delikatnie wprowadza palec do odbytu pacjenta. Lekarz często prosi pacjenta o nabranie powietrza do płuc i wstrzymanie oddechu, co ułatwia badanie. Zaciśnięcie odbytu pozwala na ocenę napięcia zwieracza odbytu. Rak jelita grubego u ok. 30% pacjentów rozwija się w zasięgu 20 cm od kanału odbytu. Precyzyjne wykonanie badania jest istotne, gdyż często pozwala rozpoznać zmiany i postawić wstępną diagnozę.

Sigmoidoskopia to badanie endoskopowe jelita grubego, podczas którego oceniany jest stan śluzówki odbytnicy, esicy, okrężnicy i zstępującej części poprzecznicy. Lekarz również poszukuje polipów, owrzodzeń lub zmian nowotworowych. Działanie to pozwala pobrać materiał do badania histopatologicznego. Do badania używany jest bardzo cienki i krótki sigmoidoskop wyposażony w kamerę na końcu. Pacjent ułożony jest na lewym boku. Lekarz wprowadza przez odbyt sigmoidoskop i przez wspomnianą powyżej kamerę ogląda badane okolice. Cały proces trwa około 15 minut i jest często zalecane u chorych z przewlekłą biegunką, krwią w stolcu, niekontrolowanym oddawaniem stolca i ostrego bólu brzucha, podejrzeniem polipów, owrzodzeń lub guza i u pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna [18].

Kolonoskopia polega na wprowadzeniu przez odbyt elastycznej rurki (kolonoskop) o długości około 130–200 cm, zakończonej kamerą. Pozwala ona lekarzowi na obejrzenie wnętrza jelita grubego i pobrania materiału do badania histopatologicznego. Ze względu na dyskomfort badanie wykonywane jest najczęściej w krótkotrwałym znieczuleniu ogólnym i wymaga odpowiedniego przygotowania, poprzez oczyszczenie jelita z treści pokarmowych. Badanie zalecane jest w przypadku krwawień, które jest widoczne podczas wypróżniania, zespołu zaburzeń wchłaniania, bólu, utraty masy ciała, częstych zaparć i biegunek.

Zdjęcie rentgenowskie (RTG) jest dwuwymiarowym obrazem wykonywanym podczas prześwietlania wiązką promieniowania rentgenowskiego organów pacjenta poddanego rentgenografii. Badanie to może być przydatne do rozpoznania zmian w obrębie między innymi płuc [19].

Tomografia komputerowa (TK) pozwala na uwidocznienie narządów pacjenta dzięki wykorzystaniu promieniowania rentgenowskiego. TK zbudowany jest z trzech elementów: konsoli operatora, stołu i skanera. Pacjent, leżący na stole podczas wykonywania tego badania, jest unieruchomiony. Skaner wykonuje serię prześwietleń poprzez kilkukrotną rotację wokół ciała pacjenta, następnie uzyskane obrazy przekazywane są do komputera, w którym wyświetlane są one w technice 2D lub 3D. TK jest używana do oceny wielkości nowotworów w różnych lokalizacjach. Dzięki wysokiej jakości i dokładności, TK stało się podstawowym badaniem w diagnostyce nowotworów [20].

Podobnym badaniem, które znalazło swoje zastosowanie w onkologii jest rezonans magnetyczny (MRI). Badanie rezonansu magnetycznego (MRI) można wykorzystać dla określenia stopnia zaawansowania i lokalizacji guza w jelicie grubym. MRI pozwala także na wykrycie zmian w innych narządach. Do badania MRI wykorzystuje się komputer, fale magnetyczne i radiowe. MRI pozwala na ocenę zmian w tkankach miękkich i w ośrodkowym układzie nerwowym [21].

Nieinwazyjną metodę diagnostyczną stanowi ultrasonografia (USG) wykorzystująca ultradźwięki. Do rozpoznania raka jelita grubego wykorzystywana jest także ultrasonografia endoskopowa (EUS), w której endoskop wyposażony jest w specjalną głowicę USG, co pozwala na ocenę światła przewodu pokarmowego.

W celu diagnostyki przerzutów do kości wykonywane jest badanie scyntygraficzne, dokładnie obrazujące metabolizm tkanki kostnej i niewielkie zmiany morfologiczne układu kostnego. Badanie to polega na wprowadzeniu do organizmu pacjenta drogą dożylną środków chemicznych znakowanych radioizotopami, które emitują promieniowanie gamma i przenikają do kości, pozwalając na obserwację zmian.

Pozytronowa tomografia emisyjna (PET) to technika obrazowa, która rejestruje miejsca zwiększonego metabolizmu tkanek, co pozwala na wykrycie niewielkich zmian nowotworowych. Wadą PET jest wykrywanie każdego stanu zapalnego w organizmie, co może utrudniać interpretację wyniku [22]. Przydatne badania laboratoryjne obejmują CEA (antygen karcynoebrionalny), morfologię, badania czynnościowe nerek i wątroby [23].
Istotną rolę odgrywa zapobieganie chorobie nowotworowej, które obejmuje trzy fazy. Pierwsza obejmuje profilaktykę pierwotną, polegającą na zapobieganiu wystąpienia nowotworu przez eliminowanie czynników odpowiedzialnych za rozwój choroby. Drugi to

profilaktyka wtórna, której celem jest wczesne rozpoznanie nowotworu, co zwiększa szanse na całkowite usunięcie guza. Trzeci etap obejmuje zahamowanie postępu choroby i powikłań [24].

W początkowych stadium choroby rak jelita grubego może nie wywoływać specyficznych objawów. Jego wczesne oznaki są również niejednokrotnie trywializowane. Regularne badania przesiewowe służą wykryciu nowotworu we wczesnym stadium rozwoju i zwiększają skuteczność leczenia. W 2011 r. Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) sfinansował badania przesiewowe raka jelita grubego, które przeprowadzono u 84 362 chorych za 983,3 mln zł [25].

1.4. Leczenie raka jelita grubego

1.4.1. Leczenie chirurgiczne

W pierwszym stopniu zaawansowania klinicznego skuteczne leczenie dotyczy 90% chorych. Rak jelita grubego w stadium rozsiewu cechuje niekorzystne rokowanie, ponieważ skuteczne leczenie dotyczy ok. 10% chorych. W zależności od stopnia zaawansowania choroby, wybiera się metodę leczenia raka jelita grubego, która jest ustalana indywidualnie w przypadku każdego pacjenta. Wybór metody w pierwszej kolejności zależy od stopnia zaawansowania i lokalizacji guza. W leczeniu raka jelita grubego istotną rolę odgrywa zabieg chirurgiczny, do którego często dołącza się uzupełniające leczenie lekami cytostatycznymi.

Najczęściej wykonywane jest chirurgiczne usunięcie guza, z ewentualną chemioterapią lub radioterapią. Zabieg chirurgiczny wykonywany u pacjentów z rozpoznaniem raka jelita grubego zależy od umiejscowienia nowotworu. Wykonując zabieg, należy wziąć pod uwagę przebieg naczyń krwionośnych i unaczynienie danego odcinka jelita. W przypadku wycięcia zbyt małego odcinka zajętego jelita grubego przez nowotwór, może dojść do uszkodzenia naczynia krwionośnego, a w następstwie tego, do martwicy reszty odcinka operowanego jelita. Wycięcie małego odcinka jelita grubego zajętego przez nowotwór może w dalszym ciągu skutkować zajęciem węzłów chłonnych i możliwością powstania przerzutów.

Zabieg chirurgiczny guza w obrębie odbytnicy ma inny przebieg, ponieważ guz ten ma specyficzne umiejscowienie anatomiczne i nie występuje otrzewna (tkanki włóknistej), która

ma za zadanie pokrywać ściany i narządy jamy brzusznej. W konsekwencji powoduje to rozprzestrzenianie się na boki tkanek nowotworowych i „naciekanie" na tkanki odbytnicze oraz narządy sąsiadujące. Zabieg obejmuje wycięcie odbytnicy, tkanek i węzłów chłonnych, a w przypadku niskiej resekcji istnieje możliwość zachowania zwieraczy odbytu. Całkowite wycięcie odbytu wykonywane jest w przypadku umiejscowienia guza bardzo nisko [26]. W wyniku tego wyłoniony jest pozostały odcinek jelita grubego w powłokach jamy brzusznej – stomia. Wyłonienie przetoki kałowej jest znacznym dyskomfortem dla pacjenta. W 99% jest to zabieg trwały i nieodwracalny.

Celem radykalnego zabiegu chirurgicznego jest całkowite usunięcie zmian nowotworowych. Często po zabiegu chirurgicznym lekarze ustalają wraz z pacjentem leczenie uzupełniające lekami cytostatycznymi. Jeżeli pacjent wyrazi zgodę na leczenie uzupełniające i nie ma zastrzeżeń do podania leków, zaleca się rozpoczęcie chemioterapii, już około 6 tygodni po wykonanym zabiegu chirurgicznym. Najczęściej lekarz decyduje się na włączenie leków cytostatycznych jeżeli istnieje podejrzanie wystąpienia przerzutów do innych narządów lub węzłów chłonnych.

W przypadku usunięcia raka odbytu zaleca się wprowadzenie leczenia skojarzonego, w skład, którego wchodzi radioterapia. Jest to metoda leczenia zmian nowotworowych za pomocą wysokoenergetycznego promieniowania jonizującego. W niektórych przypadkach radioterapia uzupełniona jest dodatkowo o leczenie chemioterapią.

1.5. Leczenie chemiczne

Jest to rodzaj leczenia systemowego raka jelita grubego, które przeważnie jest długotrwałe i polega na podawaniu leków cytostatycznych drogą dożylną. Leki te stosowane są w celu uzyskania wyleczenia, długotrwałej remisji choroby lub złagodzenia odczuwanego bólu w leczeniu paliatywnym. Oprócz metody chirurgicznej i napromieniania komórek nowotworowych wykorzystuje się kilka grup leków z uwzględnieniem wpływu farmakoterapii na procesy zainfekowanych komórek. Leki cytostatyczne mogą być stosowane jako samodzielna forma terapii nowotworowej lub dodatkowa. Leki te to grupa leków pochodzenia naturalnego i syntetycznego, używanych w cyklach chemioterapii. Głównym

zadaniem cytostatyków jest hamowanie rozrostu komórek nowotworowych, co w dalszym etapie choroby prowadzi do zniszczenia zainfekowanych komórek.

Wyróżniono następujące rodzaje chemioterapii:

- Chemioterapia indukcyjna (nazywana również chemioterapią neoadiuwantową) – jest to metoda leczenia przeprowadzona przed chirurgicznym usunięciem nowotworu. Może składać się z terapii hormonalnej, chemioterapii i radioterapii. Celem leczenia jest zmniejszenie masy guza przed planowanym zabiegiem chirurgicznym.

- Chemioterapia uzupełniająca (adiuwantowa) – jest stosowana po radykalnym zabiegu chirurgicznym. Celem leczenia jest usunięcie z organizmu pozostałych komórek nowotworowych i zmniejszenie ryzyka nawrotu choroby. Podczas kwalifikacji do chemioterapii uzupełniającej lekarz zwraca szczególną uwagę na wiek pacjenta, występowanie chorób współistniejących, stan ogólny chorego oraz stopień złośliwości histologicznej nowotworu. Wskazaniem do włączenia chemioterapii adiuwantowej jest II stopień zaawansowania choroby oraz obecność przerzutów do węzłów chłonnych. Leczenie prowadzone jest przeważnie przez okres 6 miesięcy.

- Chemioterapia paliatywna – niejednokrotnie wydłuża czas przeżycia pacjentów w zaawansowanej fazie choroby (z przerzutami do innych narządów) oraz powoduje zmniejszenie natężenia objawów. Leczenie niewątpliwie powinno być kontynuowane do progresji choroby lub nieakceptowalnej toksyczności. Przy braku efektu chemioterapia paliatywna może zostać przerwana. Zazwyczaj stosowane są schematy zawierające 5-fluorouracyl: FOLFIRI, FOLFOX lub XELOX. U około 16% pacjentów zastosowane leczenie wydłuża czas przeżycia do 12 miesięcy. W przypadku rozsiewu choroby nowotworowej do innych narządów stosowany może być schemat FOLFOX-4 lub CAPOX. Wskazane leczenie cytostatyczne dobierane jest indywidualnie do każdego pacjenta [27].

- Chemioterapia dootrzewnowa perfuzyjna w hipertermii – stosowana w leczeniu zmian przerzutowych w otrzewnej raka jelita grubego. Pacjent otrzymuje zazwyczaj chemioterapię perfuzyjną w hipertermii – DCPH [28].

- Inne metody leczenia systemowego obejmują leczenie biologiczne i celowane oparte na lekach, które wychwytują i hamują nieprawidłowe reakcje zachodzące w układzie immunologicznym [29].

1.5.1. Leki cytostatyczne stosowane w leczeniu raka jelita grubego

Folinian wapniowy w postaci racemicznej – lek stosowany często w postaci soli wapniowej, aktywny metabolit kwasu tetrahydrofoliowego. Znalazł swoje zastosowanie w leczeniu paliatywnym raka odbytnicy oraz raka jelita grubego. Skutkami ubocznymi leku są nudności, wymioty, zapalenie błon śluzowych, biegunki i odwodnienie organizmu. Rzadko występują bezsenność, pobudzenie, wysoka gorączka, drgawki i reakcje alergiczne [30].

Fluorouracyl w dawce 400 mg – wskazany w przypadku raka: odbytnicy, jelita grubego, żołądka, trzustki oraz piersi. Stosowany często w przebiegu uzupełniania operacji chirurgicznej raka jelita grubego. Podczas leczenia mogą wystąpić skutki uboczne leku, po ujawnieniu się których należy rozważyć przerwanie leczenia. Są nimi m.in: owrzodzenie jamy ustnej, biegunki, wymioty, krwawienia [31].

Fluorouracyl w dawce 600 mg – skuteczny w leczeniu skojarzonym w przebiegu raka jelita grubego, żołądka i trzustki, stosowany w leczeniu paliatywnym w stadium rozsiewu nowotworu, w którym pacjent nie kwalifikuje się do radioterapii lub zabiegu chirurgicznego [32].

Kapecytabina – stosowana w leczeniu raka jelita, raka odbytnicy z przerzutami do innych narządów oraz w leczeniu uzupełniającym w przebiegu raka okrężnicy w III stopniu zaawansowania choroby. Skutki uboczne leku to: wymioty, biegunka, mdłości, osłabienie organizmu, dreszcze, zapalenie jamy ustnej, ostry ból brzucha [33].

Oksaliplatyna – lek wykorzystywany jest głównie w leczeniu raka jelita grubego, a jego głównym działaniem pożądanym jest uszkodzenie struktury DNA. Skutkami ubocznymi stosowanego cytostatyka są m.in.: leukopenia, reakcje alergiczne, małopłytkowość, zapalenie błon śluzowych, mdłości, wymioty, duszności, biegunki, ból, ogólne zmęczenie, zawroty głowy, łysienie [34].

Bewacyzumab – stosowany w leczeniu raka okrężnicy oraz odbytnicy w stadium zaawansowanej choroby z przerzutami do innych narządów. Lek ten może utrudniać gojenie ran, dlatego wykorzystywany jest po wygojeniu ran pooperacyjnych. Liczne skutki niepożądane to m.in.: leukopenia, małopłytkowość, omdlenia, senność, perforacja żołądka i jelit, białkomocz, nudności, biegunki, wymioty, wypadanie włosów, tachykardia nadkomorowa [35].

Irynotekan – lek przeciwnowotworowy, stosowany głównie w leczeniu raka jelita grubego, często w skojarzeniu z innymi lekami cytostatycznymi. Najistotniejszym objawem niepożądanym są silne biegunki, które prowadzą do odwodnienia i osłabienia organizmu pacjenta. Może wystąpić również ostry zespół cholinergiczny, który charakteryzuje się poceniem całego ciała, ślinieniem oraz łzawieniem. Występują również ostre skurcze brzucha oraz biegunka wczesna do 24 godzin od zastosowanego leku [36].

Cetuksymab – stosowany jest w leczeniu raka jelita grubego z przerzutami do innych narządów. Niepożądanym działaniem cytostatyka jest silna reakcja skórna, która może objawiać się suchością skóry, świądem, wysypką, nadmiernym owłosieniem oraz martwicą skóry. Występują również wymioty, biegunki, hipokalcemia, wstrząs, utrata przytomności, zmęczenie, zapalenie błon śluzowych. Cetuksymab wykorzystywany jest często w monoterapii lub w leczeniu skojarzonym chemioterapią [37].

Panitumumab – stosowany jest w leczeniu raka jelita grubego z przerzutami do sąsiadujących narządów oraz u pacjentów, u których występuje gen KRAS bez mutacji. Lek powoduje następujące skutki uboczne: silne reakcje alergiczne, wysypki, trądzik, ból w jamie ustnej, pęknięcia skóry, zator tętnicy płucnej, zapalenie mieszków włosowych, wymioty, nudności, ból pleców, kaszel [38].

1.5.2. Schematy chemioterapii stosowane u chorych na raka jelita grubego

LVFU2, co 14 dni.

Folinian wapniowy w postaci racemicznej 200 mg/m^2 we wlewie drogą dożylną przez 2 godziny, dzień 1 i 2.

Fluorouracyl 400 mg/m^2 drogą dożylną, dzień 1. i 2.

Fluorouracyl 600 mg/m^2 we wlewie drogą dożylną, przez 22 h, dzień 1. i 2.

Kapecytabina, co 21 dni.

Kapecytabina 1250 mg/m^2 p.o. 2 × razy dziennie, dzień 1.–14.

Cetuksymab w 3 linii, co 7 dni.

Cetuksymab pierwsze podanie 400 mg/m^2 wlew drogą dożylną przez 2 godziny, a następnie 250 mg/m^2 wlew drogą dożylną przez 1 godzinę.

Panitumumab w 3 linii, co 14 dni.

Panitumumab 6 mg/kg wlew drogą dożylną przez 1 godzinę.

FOLFOXIRI, co 14 dni.

Irynotekan 150 mg/m^2 we wlewie drogą dożylną przez 30 minut, dzień 1.

Oksaliplatyna 65 mg/m^2 we wlewie drogą dożylną przez 2 godziny jednocześnie z folinianem, dzień 2.

Folinian wapniowy w postaci racemicznej 200 mg/m^2 we wlewie drogą dożylną przez 2 godziny, dzień 2. i 3.

Fluorouracyl 400 mg/m^2 drogą dożylną, dzień 2. i 3.

Fluorouracyl 600 mg/m^2 we wlewie drogą dożylną przez 22 godziny, dzień 2. i 3.

CAPOX, co 21 dni.

Kapecytabina 850–1000 mg/m^2 drogą doustną 2 razy dziennie, dzień 1.–14.

Oksaliplatyna 130 mg/m^2 drogą dożylną, dzień 1.

Monoterapia irynotekanem, co 21 dni.

Irynotekan 350 mg/m^2 drogą dożylną, dzień 1.

Bewacyzumab z FOLFOX-4 w 2 linii, co 14 dni.

Bewacyzumab 10 mg/kg wlew drogą dożylną przez 30–90 minut.

FOLFOX-4 – dawki leków typowe [39].

Schematy chemioterapii stosowanej w leczeniu raka jelita grubego w przeprowadzonym badaniu:

FOLFOX–4, co 14 dni.

Oksaliplatyna 85 mg/m^2 we wlewie drogą dożylną przez 2 godziny jednocześnie z folinianem, dzień 1.

Folinian wapniowy w postaci racemicznej 200 mg/m^2 we wlewie drogą dożylną przez 2 godziny, dzień 1. i 2.

Fluorouracyl 400 mg/m^2 drogą dożylną, dzień 1. i 2.

Fluorouracyl 600 mg/m^2 we wlewie drogą dożylną przez 22 godziny, dzień 1. i 2.

FOLFIRI, co 14 dni

Fluorouracyl 400 mg/m^2 drogą dożylną, dzień 1. i 2.

Fluorouracyl 600 mg/m^2 we wlewie drogą dożylną przez 22 godziny, dzień 1. i 2.

Folinian wapniowy w postaci racemicznej 200 mg/m^2 we wlewie drogą dożylną przez 2 godziny, dzień 1. i 2.

Irynotekan 180 mg/m^2 we wlewie drogą dożylną przez 30–90 minut, dzień 1.

2. Etapy choroby

1. Rozpoznanie choroby. Diagnoza choroby zawsze bywa wydarzeniem silnie traumatycznym. U pacjenta pojawiają się myśli o śmierci oraz o bolesnym i długoterminowym leczeniu, które wywołuje takie silne emocje, jak: lęk, strach, gniew, płacz, niedowierzanie, poczucie niesprawiedliwości. Nasuwają się pytania oraz szukanie odpowiedzi na takie pytania jak: “dlaczego ja?”, “co zrobiłem nie tak?” które występują zaraz po usłyszanej diagnozie. Lekarz nie zawsze może podać przyczynę wystąpienia choroby nowotworowej, dlatego też chory tworzy własne teorie na temat jej powstania. Usłyszawszy diagnozę chory niejednokrotnie zaczyna uważać, że został ukarany za błędy, które popełnił. Niektórzy pacjenci twierdzą, że gdyby zrobili coś w swoim życiu bądź też nie zrobili czegoś, to uniknęliby wystąpienia choroby. Choroba nie jest jednak karą za popełnione czyny, choć takie myśli i przekonanie na temat jej powstania są powszechne w grupie pacjentów onkologicznych.

2. Podjęcie leczenia. Moment, w którym pacjent wstępnie zaakceptował swoją sytuację zdrowotną. Jest niezmiernie trudny, gdyż wraz z ustalonym harmonogramem leczenia pacjent musi zmierzyć się ze skutkami ubocznymi choroby i procedur medycznych. Z punktu widzenia płaszczyzny psychicznej istotnym jest fakt, że pacjenci często są osłabieni i pozbawieni owłosienia. Zmienia się również rytm snu oraz występuje jadłowstręt (chudnięcie), często wymioty i biegunki. Pacjenci przeżywają wiele skrajnych emocji – może pojawić się wstyd, dotyczący wyglądu, a zarazem poczucie napiętnowania chorobą, co może skutkować izolacją przed otoczeniem. Dominujące emocje, które towarzyszą temu etapowi to poczucie beznadziejności, lęki przed inwalidztwem, bólem i leczeniem.

3. Zakończenie leczenia. Jest to trudny okres dla pacjenta i rodziny, pomimo, że był bardzo oczekiwany. Chory na nowo planuje swoje życie w taki sposób, aby czuć się bezpiecznie. Życie po zakończeniu leczenia zmienia się, ponieważ pacjent zakończył fazę walki z chorobą. Pojawiają się nowe emocje, które koncentrują się na: strachu przed nawrotem choroby, powrotem do pracy, kontaktami z rodziną czy znajomymi i które wpływają na relacje w obrębie rodziny i społeczeństwa. Często w tej fazie pacjenci zmagają się z depresją, dlatego niezwykle istotne jest, aby miał on nieustany kontakt ze specjalistą, który wesprze go w trudnych chwilach.

4. Nawrót choroby. Etap niezwykle trudny, niejednokrotnie cięższy do przejścia, niż moment otrzymania diagnozy choroby. U pacjenta występuje całe spektrum emocji, z którymi nie potrafi sobie poradzić. Paraliżujący strach przed śmiercią, bólem i skutkami ubocznymi leczenia powodują często brak chęci do ponownej walki z chorobą. Pacjent wyzbywa się nadziei, towarzyszącej mu w trakcie walki z chorobą. Nasilają się takie emocje jak: gniew, złość, rozpacz, nieraz agresja. Obraz choroby nowotworowej jako wizja zakończenia własnego życia, występuje u pacjenta, gdy pojawia się wznowa choroby. Etap ten jest obciążający psychicznie, zarówno dla pacjenta, jak i dla jego bliskich, którzy cały czas uczestniczą we wszystkich stadiach rozwoju choroby pacjenta.

5. Faza zaawansowania choroby i okres umierania. Okres wysoce wyczerpujący psychicznie dla pacjenta i jego najbliższych, z uwagi na fakt, że jest to moment, w którym medycyna daje minimalne szanse na przedłużenie życia pacjenta. Na tym etapie psycholog skupia się na minimalizowaniu bólu psychicznego chorego i jego bliskich. Psycholog, czy psychoonkolog, pomaga w rozstaniu rodziny z pacjentem przez rozmowę i udzielanie porad. U pacjenta niejednokrotnie występuje poczucie lęku przed bólem, śmiercią oraz obawy o dalsze losy najbliższych. Każdy specjalista pomaga pacjentowi wyciszyć emocje i może umacniać go w przekonaniu, że poradzą sobie oni po jego odejściu [40].

6. Faza wyleczenia. Etap ten jest dwuwymiarowy, gdyż występują w nim pozytywne emocje będące skutkiem zakończenia walki z chorobą nowotworową, niemniej jednak, jest to czas obfitujący w lęk i strach, skorelowany z obawą przed każdą wizytą kontrolną. Pozostawanie pod opieką lekarzy specjalistów nie zmniejsza powracających wspomnień dotyczących przebytej ścieżki leczenia. Pacjenci zmuszeni są do ponownego przewartościowania swojego dotychczasowego życia.

2.1. Reakcje psychiczne pacjentów na chorobę nowotworową

Każda diagnoza choroby nowotworowej jest zarówno dla pacjenta, jak również dla jego bliskich, traumatycznym doświadczeniem, które wywołuje negatywne, a zarazem długotrwałe przeżycia. Pacjenci czują się naznaczeni i od momentu diagnozy zaczynają wewnętrzną walkę z chorobą nowotworową. Dla pacjenta ważnymi etapami radzenia sobie z chorobą są

zrozumienie choroby oraz postrzeganie swojego otoczenia w sposób neutralny lub pozytywny.

Rozpoznanie choroby nowotworowej powoduje zmianę porządku życia codziennego i wiele ograniczeń [41]. Choroba nowotworowa pojawia się nagle i niespodziewanie, często wywołuje lęk, stres, dezorientację i dezorganizację dotychczasowego życia. Pacjent musi dostosować się do nowych, niejednokrotnie niekorzystnych warunków dnia codziennego, tracąc zdolność do normalnego funkcjonowania z powodu osłabienia. Może nastąpić utrata ról społecznych lub całkowite wycofanie z powodu niemożności ich pełnienia, co często uwarunkowane jest przebiegiem choroby, hospitalizacją, cierpieniem i bólem. Poradzenie sobie z nową życiową sytuacją to wyzwanie dla pacjenta i rodziny.

Rozpoznanie choroby nowotworowej jest momentem krytycznym dla osoby chorej. W wywiadzie z pacjentem istotną rolę odgrywają informacje o możliwych objawach, dotychczasowym przebiegu choroby i wywiad rodzinny. Dokładnie zebrany wywiad i badanie przedmiotowe pozwalają postawić wstępne rozpoznanie i zlecić badania dodatkowe. Poinformowanie chorego o wystąpieniu choroby nowotworowej stanowi traumatyczne doświadczenie psychiczne dla pacjenta i jego rodziny. Bliscy pacjenta stają często przed koniecznością przeorganizowania dotychczasowego życia prywatnego i zawodowego, aby pomóc pacjentowi. Pacjent i osoby związane z nim emocjonalnie muszą zmierzyć się z wieloma nowymi zadaniami. Pojawiające się emocje i zachowania niekiedy mogą być trudne do zrozumienia przez rodzinę i zespół diagnostyczno-leczący. Rodzina czuje bezsilność, osamotnienie i zagubienie. W chwili rozpoczęcia leczenia towarzyszy im paraliżujący strach o życie swojego krewnego, natomiast dla chorego istotny jest fakt jak postrzegany jest przez środowisko.

Pejoratywny wpływ, który znacząco może pogorszyć jakość życia pacjentów przewlekle chorych, mają między innymi przekonania, że:

- istnieją ogólnie przyjęte zasady społeczne, odnoszące się do zdrowia chorego, w myśl których każdy człowiek powinien cieszyć się nienagannym zdrowiem,
- społeczne przekonania, że wraz z postępem medycyny wszystkie choroby przewlekłe nie powinny istnieć,

- brak wsparcia krewnych w trakcie choroby przewlekłej, w pokonaniu izolacji społecznej i pogłębiającego się lęku,
- system ochrony zdrowia, który nie reaguje szybko i adekwatnie do choroby [42].

Zaspokojenie potrzeb pacjenta, w sposób adekwatny do jego życiowej sytuacji, może pomóc mu przejść przez trudną ścieżkę leczenia przeciwnowotworowego. Pacjenci coraz częściej chcą znać szczegóły przebiegu swojej choroby, dokonanego postępu oraz rokowania. Niejednokrotnie czują, że są źle lub częściowo poinformowani, co skutkuje nasileniem lęku i strachu. Pojawia się także niepewność wraz z malejącym stopniem zaufania do rodziny. Rzeczowe i klarowne informacje, które są przekazywane pacjentowi, pozytywnie wpływają na jego stan psychiczny.

Pacjenci, którzy poszukują odpowiedzi na temat zdiagnozowanej choroby, przyjmują różne style radzenia sobie w tych trudnych chwilach. I. Heszen-Niejadek opisała modele postaw pacjenta wobec potrzeby informowania go o zagrożeniu utraty zdrowia, stadium rozpoznania choroby i kolejnych etapach leczenia. Autorka wyróżniła:

- postawę poszukującą – charakterystyczna dla pacjentów, którzy nieustannie poszukują informacji związanych z zagrożeniem. Są bardzo dobrymi obserwatorami, a zdobyte informacje o zagrożeniu pozwalają zmniejszyć ich niepewność i lęk;
- postawę unikającą – grupa pacjentów, która nie przyjmuje informacji o zagrożeniu, a wręcz ich unika. Chorzy akceptują niepewność spowodowaną chorobą, natomiast informacje o niepomyślnym rokowaniu i postępie choroby wzmaga ich lęk [43].

J. D. A. Parker i N. S. Endler zidentyfikowali trzy style radzenia sobie w sytuacjach stresowych:

- styl skoncentrowany na zadaniu, polegający na podejmowaniu działań w celu rozwiązania problemu lub zmiany stresującej sytuacji przez wykorzystanie procesów poznawczych;
- styl skoncentrowany na emocjach, który charakteryzuje się koncentracją na własnych przeżyciach emocjonalnych, takich jak złość, poczucie winy, napięcie, i jest typowy dla osób preferujących myślenie życzeniowe oraz fantazjowanie kosztem skutecznego i racjonalnego działania w celu usunięcia lub zminimalizowania stresora;
- styl skoncentrowany na unikaniu, polegający na odrzucaniu myśli o głównym problemie i niepozwalaniu sobie na jego przeżywanie lub angażowanie się w rozwiązanie stresującej

sytuacji. Ten styl radzenia sobie obejmuje takie czynności, jak zakupy, sprzątanie, spanie, oglądanie telewizji lub poszukiwanie kontaktów towarzyskich [44].

Z kolei badania, przeprowadzone przez E. Gwozdecką, klarownie wykazały, że każdy z pacjentów przybiera indywidualne stanowisko wobec poszukiwania lub unikania informacji na temat własnej choroby. Autorka wyodrębniła cztery style (modele, postawy) pacjenta:

- styl, w którym pacjent nieustannie poszukuje informacji na temat swojej choroby i zarazem wykazuje niski stopień unikania informacji;
- styl, w którym pacjent silnie preferuje unikanie informacji o chorobie, a zarazem wykazuje małe zainteresowanie poszukiwaniem dodatkowych informacji;
- styl, w którym pacjent wykazuje wysoki stopnień poszukiwania informacji i wysoki stopień unikania docierających do niego informacji;
- styl, w którym pacjent w niewielkim stopniu poszukuje informacji, a zarazem niekoniecznie unika docierających do niego informacji o chorobie.

Wymienione wyżej style radzenia sobie w chorobie nowotworowej dowodzą, że każdy pacjent reaguje inaczej podczas leczenia onkologicznego. Psycholog czy psychoonkolog, opiekujący się pacjentem, musi obligatoryjnie uwzględnić różnorodność podejścia pacjenta do choroby [45]. Pacjenci, którzy chcą wiedzieć, jak przebiega ich choroba, jakie mają rokowanie oraz czego mogą spodziewać się podczas chemioterapii, radioterapii lub leczenia chirurgicznego, często odczuwają mniejszy lęk. Informacje o przebiegu choroby przyczyniają się do poprawy jakości ich życia. Natomiast pacjent, który jest w pełni poinformowany o swojej chorobie, a także uczestniczy w psychoedukacji, z pewnością lepiej pokona całą ścieżkę leczenia onkologicznego. W jego trudnej sytuacji istotną rolę odgrywa pozytywne nastawienie emocjonalne.

Edukacja terapeutyczna w chorobie nowotworowej ma kluczowe znaczenie, a jej głównym celem jest pomoc pacjentowi w odnalezieniu chęci i zdolności do walki z chorobą. Priorytetowe zadania edukacji terapeutycznej dotyczą zaspokojenia potrzeb psychicznych pacjenta w trakcie choroby, zapewnienia psychospołecznego wsparcia i rozwijania świadomości oraz autoedukacji chorego. Wsparcie udzielone pacjentowi i jego najbliższym sprzyja ustabilizowaniu emocji i poprawie samopoczucia [46]. Psycholog w trakcie rozmowy podąża za pacjentem, zapewniając stabilizację emocjonalną poprzez łagodzenie lęku.

Określenie i nazywanie celów jest dla pacjenta jednym z pozytywnych czynników w zwalczeniu choroby, podobnie jak zapewnienie wsparcia społecznego i ekonomicznego [47]. Psychoonkolog prowadzi psychoedukację pacjenta i bliskich, pomaga pacjentowi, zwłaszcza w pierwszych dniach po diagnozie, uporać się z lękiem, przygnębieniem, stresem i zmęczeniem, co w konsekwencji może wpływać na podjęcie decyzji o leczeniu choroby nowotworowej. Kolejnym krokiem jest szukanie wraz z pacjentem odpowiedniej metody radzenia sobie z przeżywanymi emocjami, nazywania i wyrażenie ich. Psychoonkolog opracowując metody wsparcia, powinien uwzględnić wskazówki lekarza prowadzącego [48]. Zazwyczaj pacjent po opuszczeniu gabinetu lekarskiego zapomina 60% przekazanych informacji, co spowodowane jest przede wszystkim nasileniem emocji, strachu i lęku. Edukacja terapeutyczna powinna zatem być połączona z tematyką zależności między zdiagnozowaną chorobą nowotworową, a nasileniem stresu. Z założenia ma ona również na celu sprecyzować korzystne strategie radzenia z chorobą czy też metody samokontroli pozwalającej pacjentowi decydować o sobie w trakcie leczenia. Strategia sprawnej i zrozumiałej komunikacji bazuje na rzetelnych informacjach [49].

Należy mieć na względzie, że do każdego pacjenta chorego onkologicznie należy podejść w sposób indywidualny, przede wszystkim z uwzględnieniem takich czynników jak: nasilające się objawy psychosomatyczne, motywacja, zasoby środowiskowe oraz osobiste.

Psychoonkolog dba, aby pacjent miał poczucie profesjonalnego wsparcia w swojej obecnej sytuacji zdrowotnej. W tym celu musi uzyskać informacje na temat powstałych trudności oraz objawów fizycznych i psychicznych pacjenta, do których należą ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu, a także nasilający się ból, który uaktywnia nieprzyjemne emocje, jak: lęk, złość, gniew, rozpacz. Utrzymujące się negatywne emocje mogą w konsekwencji spowodować wystąpienie depresji. Kolejnym ważnym aspektem jest zaobserwowanie, czy występują dolegliwości o podłożu behawioralnym oraz zaburzenia poznawcze, które znacznie częściej niż w populacji ogólnej mogą zostać zdiagnozowane u pacjentów onkologicznych. Dolegliwości, które nasilają się w przebiegu zaawansowania choroby nowotworowej, mogą utrudnić relacje międzyludzkie [50].

2.2. Sposoby radzenia sobie z chorobą nowotworową

Emocje, które towarzyszą pacjentowi i jego bliskim przez cały proces leczenia, nieustannie zmieniają się w zależności od stadium choroby oraz zaawansowania choroby nowotworowej. Psycholog lub psychoonkolog podąża za pacjentem, towarzyszy i wspiera na każdym etapie choroby, pomaga zrozumieć, co i dlaczego dzieje się z pacjentem, często wprowadza techniki relaksacyjne i wizualizacje, które poprawia funkcjonowanie emocjonalne pacjenta. Radzenie sobie z chorobą nowotworową w sferze fizycznej i psychicznej niejednokrotnie jest zadaniem długoterminowym, które wymaga zaangażowania ze strony psychologa, bądź psychoonkologa i pacjenta. Wielu pacjentów uważa, że przez chorobe nowotworową inaczej postrzega swoje życie. Chorzy często przechodząc przez poszczególne fazy choroby, narażeni są na wystąpienie depresji. Bardzo często również, zaburzeń stresu pourazowego (PTSD) oraz dystresu. Depresja towarzyszy chorobie nowotworowej. Niestety, jest ona trudna do zdiagnozowania, ponieważ jej objawy mogą być mylone ze skutkami ubocznymi leków cytostatycznych.

Wyniki badań potwierdzają występowanie depresji u chorych na nowotwory. K. De Walden-Gałuszko i wsp. przeprowadzili badanie wśród 1100 chorych na nowotwory. Wykazano, że u 1/3 pacjentów pojawiły się zaburzenia depresyjne, a u 44,9% wystąpił zespół depresyjno-lękowy bezadaptacyjny. Ciężką depresję zdiagnozowano u 17,7% pacjentów. Zaburzenia depresyjne, które wystąpiły w badanej grupie pacjentów, dominowały u kobiet oraz u osób młodych [51].

Jak wspomniano powyżej, w przebiegu choroby, u niektórych pacjentów występuje zespół stresu pourazowego (PTSD). Diagnoza choroby nowotworowej pozostawia wieloletni ślad w psychice pacjenta i jego rodziny. Badania przeprowadzone przez Z. K. Smith i wsp. na grupie 682 pacjentów wykazały, że u ponad połowy respondentów, którzy byli badani, stwierdzono brak objawów PTSD już kilka lat po zakończonym leczeniu onkologicznym, natomiast u 37% pacjentów odnotowano pogorszenie stanu zdrowia psychicznego wskutek nasilenia lub utrzymania objawów PTSD w ciągu 5 lat, zaś u 12% badanych pacjentów ustąpienie PTSD z biegiem czasu. Powyższe wyniki badań dowodzą, że kontakt chorego z psychologiem lub psychoonkologiem jest konieczny w trakcie leczenia onkologicznego [52].

W trakcie rozmowy z pacjentem specjalista przekazuje informacje, jak radzić sobie z chorobą, choć wielu pacjentów onkologicznych uważa, że poradzą sobie z nią sami. W okresie pogorszenia wyników badań, pacjent często się poddaje i nie chce podejmować dalszego leczenia. Dystres u chorych na nowotwory stanowi nieprzyjemne przeżycie o podłożu fizycznym, psychologicznym, społecznym i duchowym. Badania przeprowadzone przez J. M. McArdle i wsp. pokazały, że wsparcie pacjenta onkologicznego otrzymane od personelu medycznego może znacznie zmniejszyć objawy psychiczne [53], natomiast sama depresja stanowi nierzadki problem chorych na nowotwory. Częste objawy psychiczne to smutek, płaczliwość, poczucie beznadziejności i bezradności, anhedonia. Należy zwrócić uwagę na możliwość pojawienia się myśli suicydalnych i poczucia winy lub kary [54].

Cały proces diagnostyczny choroby nowotworowej burzy dotychczasowy porządek wewnętrzny oraz zewnętrzny pacjenta. Najczęściej pacjentowi towarzyszą negatywne emocje, na przykład: lęk, niedowierzanie, przygnębienie, złość czy strach, przed kolejnym dniem i dalszą diagnozą, co w konsekwencji może prowadzić do rozwoju depresji. Zdiagnozowanie i rozpoznanie depresji wśród pacjentów onkologicznych jest niezwykle istotne. Profesjonalna pomoc specjalisty, jakim jest psychiatra, psycholog lub psychoonkolog, ułatwia pacjentowi spokojne przejście przez całą ścieżkę diagnostyki i leczenia. Brak tejże pomocy i rozwijająca się depresja zwiększają cierpienia psychiczne pacjenta, które w konsekwencji mogą prowadzić do pojawienia się myśli samobójczych. Znacznie obniżony nastrój, zaburzenia snu oraz obojętność pacjenta mogą spowodować brak pozytywnej reakcji organizmu na leczenie. Reakcję pacjenta oraz jego bliskich na diagnozę choroby nowotworowej mogą przybierać różną postać – od naturalnych reakcji emocjonalnych, do poważnych zaburzeń psychicznych. Należy mieć jednak na względzie, że nie każdy pacjent otrzymuje wsparcie od swoich bliskich, choć pozytywne relacje interpersonalne w rodzinie są szczególnie ważne w trudnych sytuacjach życiowych. Jedną z nich jest niewątpliwie otrzymanie informacji o zdiagnozowanej chorobie nowotworowej, która niejednokrotnie jest długotrwała, będąca nie zawsze pomyślnym procesem leczenia, co stanowi znaczne obciążenie psychiczne i fizyczne, przede wszystkim dla osoby chorej. Informacja o chorobie wywołuje u pacjenta silny stres, który w niektórych przypadkach może przerodzić się w zespół stresu pourazowego [55].

Pacjent przez cały proces leczenia potrzebuje wsparcia emocjonalnego, a na niektórych etapach choroby również wsparcia informacyjnego, czasem finansowego i instrumentalnego [56]. Zdarza się, że pacjenci napotykają barierę w postaci braku wsparcia od bliskich,

wówczas właściwym jest zapewnienie go przez lekarza, pielęgniarkę, a najlepiej psychologa. Obraz choroby nowotworowej postrzegany przez chorych, zależy od posiadanej wiedzy na jej temat. Istotną rolę odgrywa również wymiana informacji między pacjentami, bowiem każdy pacjent ma inną konstrukcję psychiczną i indywidualnie postrzega proces leczenia. Kształtowana wizja choroby jest zazwyczaj zależna od poziomu wpływu na jego wyobraźnie. Indywidualny obraz choroby nowotworowej może być zniekształcony, wyolbrzymiony, często za sprawą przerażających wizji choroby przedstawianych w filmach czy na forach internetowych. Diagnoza choroby nowotworowej jest kojarzona przede wszystkim ze śmiercią i cierpieniem [57].

3. Depresja u chorych na nowotwory

3.1. Epidemiologia

Depresja w przebiegu choroby nowotworowej jest definiowana jako obniżenie nastroju, które może się nasilać lub wzmagać podczas narastającego bólu, przeplatane towarzyszącym lękiem, wycofaniem społecznym, obniżonym progiem bólowym oraz drażliwość. Choroba nowotworowa stanowi jedną z głównych przyczyn obniżonego nastroju i depresji, a jednoczesne wystąpienie depresji i choroby nowotworowej wpływa w sposób istotnie negatywny na przebieg leczenia [58].

Depresja jest chorobą coraz częściej występującą w Polsce i na świecie. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) podaje, iż obecnie na świecie choruje na nią około 280 milionów ludzi w różnym wieku [59]. Według WHO w 2020 r. depresja zajmowała czwarte miejsce na świecie pod względem niepełnosprawności chorobowej. Organizacja ta przewiduje, że w 2030 r. depresja będzie drugą przyczyną niepełnosprawności [60]. Skorelowane jest to z faktem, że chorzy na depresję gorzej funkcjonują w społeczeństwie, w życiu osobistym i w pracy [61]. Zaledwie 20% chorych decyduje się na pomoc medyczną [62]. Brak poszukiwania pomocy u lekarza psychiatry i psychologa może wynikać z obaw przed nieskutecznością leków, stygmatyzacją przez środowisko i niezrozumieniem przez bliskich.

3.2. Objawy depresji

Depresja prowadzi do obniżenia jakości i satysfakcji z życia. W psychiatrii termin ten oznacza konkretny rodzaj zaburzenia nastroju i emocji, klasyfikowany jako choroba, która wymaga interwencji lekarza psychiatry [63]. Depresję cechują następujące objawy: obniżony nastrój, przygnębienie, obniżenie aktywności, anhedonia, uczucie smutku, utrata zainteresowań, koncentracji, zaburzenia apetytu i snu, trudności z podejmowaniem decyzji, które w dłuższej perspektywie czasowej mogą prowadzić do wystąpienia myśli samobójczych. Istotne jest przy tym odróżnienie depresji jako objawu chorobowego od smutku, który może trwać kilka lub kilkanaście godzin, natomiast chory nie wymaga natychmiastowej profesjonalnej pomocy, gdyż istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że sam upora się z problemem. W depresji obniżony nastrój trwa kilka tygodni lub miesięcy i towarzyszy jej stan beznadziejności oraz niezdolność do samodzielnego wyjścia z tego

stanu. Pacjent dostrzega wyłącznie ujemne strony życia (pesymizm), pojawiają się obsesyjne myśli, które w sposób ciągły dotyczą wykonywania jakichkolwiek czynności i zadań (ruminacja), napady intensywnego lęku, który nie ma jednej przyczyny, poczucie winy i lęki hipochondryczne. Towarzyszące negatywne emocje i myśli nie występują u pacjenta zdrowego, który doświadcza tylko smutku.

Wyróżniono cztery podstawowe cechy zespołu depresyjnego:

- **Objawy afektywne.** Depresja często nazywana jest zaburzeniem nastroju; jej cechy charakterystyczne to: obniżony nastrój, smutek, poczucie pustki, bezradności, beznadziejności, apatia, brak zainteresowań rzeczami, które do obecnej chwili ciekawiły i sprawiały radość. Najbardziej widocznym objawem jest drażliwość, która nie występuje u wszystkich pacjentów depresyjnych. Pojawia się również brak radości ze spotkań z rodziną, przyjaciółmi, które wcześniej były przyjemnym doświadczeniem, natomiast teraz wywołują negatywne emocje. Pacjent może również mieć trudności z koncentracją i myśleniem, a swoje życie ujmuje w sposób pesymistyczny.

- **Objawy poznawcze.** Pacjent z rozpoznaną depresją często widzi siebie w złym położeniu, które poprzedzone jest niską samooceną. Każda czynność, zadanie wykonane w ciągu dnia niesie za sobą bezlitosny krytycyzm wobec własnej osoby. Negatywne myśli i emocje dotyczą również otoczenia. Pacjent nie dąży do zmiany swojego myślenia ani zachowania, a każdą próbę aktywności życiowej uważa za bezsensowną i bezcelową. Cele, które nie zostaną podjęte ani zrealizowane, skutkują nasileniem się rozpaczy, która może doprowadzić do podjęcia próby odebrania życia. Objawy poznawcze odgrywają istotne znaczenie w chorobie depresyjnej. Towarzyszące ponure myśli, czyny, które są irracjonalne i wyolbrzymione, nie pomagają zachować równowagi, a wręcz przeciwnie – doprowadzają do pogłębienia depresji. Problemy z myśleniem, koncentracją skutkują tym, że pacjent nie jest w stanie decydować o sobie, a swoją uwagę koncentruje na rozmyślaniu o problemach;

- **Objawy behawioralne.** Pacjent, z powodu swojej postępującej choroby depresyjnej, wycofuje się ze swoich codziennych czynności i aktywności społecznej, w konsekwencji ogranicza do minimum swoją obecność w życiu rodzinnym i towarzyskim. Utrata zainteresowania własnym życiem oraz otaczającym światem powodują unikanie interakcji

społecznych. Zdarza się, że występuje u pacjenta pobudzenie psychoruchowe, poprzedzone lękiem, które może przybierać też fazę spowolnienia;

- **Objawy somatyczne.** Występują objawy psychoruchowe, zaburzenia snu, odżywiania oraz utrata energii. Zaburzenia łaknienia mogą objawiać się zmniejszonym lub zwiększonym apetytem, co prowadzi do utraty lub zwiększenia masy ciała [64]. Charakterystyczny jest także znacznie obniżony próg pobudliwości zmysłowej, co w konsekwencji skutkuje znacznie silniejszym przeżywaniem dolegliwości np. bólowych.

Ze względu na różnorodność występowania zaburzeń depresyjnych wyróżniono:

1. Epizod depresji w przebiegu choroby afektywnej jednobiegunowej. Objawia się obniżeniem nastroju (dystymia), który utrzymuje się co najmniej 14 dni. Charakterystyczne są również objawy takie jak: lęk, spadek aktywności, anhedonia, zaburzenie odżywiania czy spowolnienie psychoruchowe. Pacjent czuje się spowolniały, wszystkie czynności wykonuje bardzo wolno. Niekiedy jednak choroba wywołuje odmienne skutki, w postaci wzmożonego pobudzenia. Częste objawy to utrata energii do działania, małomówność, trudności z myśleniem, koncentracją, wahania nastroju, zaburzenia snu, niezdolność do analizy, uczucie lęku, podejrzliwość i uczucie manipulacji, mniejsze zainteresowanie światem, otoczeniem, kontaktami społecznymi i czynnościami dnia codziennego, brak reakcji na radosne wydarzenia z życia osobistego, zaburzenia odżywiania (utrata lub wzrost masy ciała), alienacja, złość na otaczający świat, lęk przed śmiercią lub myśli samobójcze. Nie są znane przyczyny choroby, może nią być niedobór w OUN serotoniny (amina biogenna, 5-hydroksylowa pochodna tryptaminy, hormon szczęścia), noradrenaliny (mobilizuje organizm do aktywności) i dopaminy odpowiedzialnej za odczuwanie przyjemności [65]. Ta forma zaburzeń depresyjnych występuje u pacjentów onkologicznych dosyć często.

Podstawę terapii depresji stanowi leczenie farmakologiczne. Psychoterapia zapewnia pacjentom wsparcie, jest ustalana indywidualnie z pacjentem i trwa tak długo, aż psychoterapeuta i pacjent podejmą decyzję o zakończeniu terapii. Okres ten jest wysoce indywidualny i może trwać od kilku miesięcy do kilku lat. W skrajnych przypadkach, w leczeniu opornej depresji stosowane są niekiedy elektrowstrząsy [66].

2. Epizod depresyjny– zaburzenie depresyjno-lękowe, która jest reakcją na ciężki stres, jest zazwyczaj skutkiem traumatycznych wydarzeń zewnętrznych: choroby nowotworowej, śmierci bliskiej osoby (małżonka, rodziców, rodzeństwa), rozwodu, utraty środków do życia, udziału w wypadku śmiertelnym, prześladowaniem społecznym, konfliktem partnerskim, zmianą miejsca zamieszkania i przejściem na emeryturę. Może być również efektem działania niepożądanego środków psychoaktywnych [67]. Ten rodzaj zaburzenia objawia się obniżonym nastrojem, przygnębieniem, drażliwością, wycofaniem z interakcji społecznych, rodzinnych, zawodowych. Mogą pojawić się zachowania autoagresywne w stosunku do bliskich i otoczenia, zaburzenia odżywiania i snu, rzadziej myśli samobójcze. Czas trwania choroby jest uzależniony indywidualnie od sytuacji, która miała miejsce. Leczenie obejmuje farmakoterapię, wspomaganą psychoterapią, która pomaga zrozumieć pacjentowi obecną sytuację i zmniejszyć poczucie winy. Głównym celem leczenia jest odzyskanie równowagi psychicznej i radości z życia [68].

3. Zaburzenia depresyjne nawracające

Zaburzenie depresyjne nawracające stało się jedną z najczęściej diagnozowanych chorób przewlekłych populacji ogólnej. Zaburzenie to dotyka grupę kobiet dwa razy częściej niż mężczyzn, czego dowodzi nieustannie zwiększająca się liczba diagnozowanych pacjentów.

Nie ma jednoznacznych przyczyn powstania zaburzeń [69]. Obecnie mówi się o trzech podstawowych czynnikach, które mogą wpływać na powstanie choroby. Są nimi między innymi:

- teorie społeczne – wpływ społeczeństwa, które pod własnym naciskiem deprecjonują kobiecość,
- teorie biologiczne – nawiązują do różnic wynikających z płci, gdzie znaczną rolę odgrywają wahania hormonalne,
- teorie poznawcze – uwypukla rolę wielu stylów radzenia sobie w sytuacjach trudnych, skupiając się na koncepcji Susan Nolen-Hoeksema [70].

4. Depresja u chorych na nowotwory. Definiowana jest jako zaburzenie nastroju, emocji, któremu towarzyszy obniżony nastrój, przygnębienie, lęk, często występuje wycofanie społeczne, obniżony próg bólu, drażliwość. Choroba nowotworowa stanowi jedną z głównych przyczyn obniżonego nastroju, zaburzeń współistniejących, a w konsekwencji prowadzi do rozwoju depresji. Depresja diagnozowana jest u większości chorych na nowotwory. Występowanie zarówno depresji, jak również choroby nowotworowej, istotnie i negatywnie

wpływa na przebieg leczenia choroby nowotworowej [71]. Szybkie rozpoznanie depresji pomaga pacjentowi lepiej tolerować leczenie, zmniejsza cierpienie psychiczne i poprawia jakość życia. Pacjenci onkologiczni z towarzyszącą chorobą depresyjną często nie współpracują z lekarzem, nieraz odmawiają leczenia cytostatykami. Spowodowane jest to zaburzeniem myślenia, które objawia się, zrezygnowaniem, brakiem ufności w odniesieniu do skuteczności leczenia. Takie nastawienie sprawia, że pacjent pozbawiony jest motywacji do leczenia, co w konsekwencji prowadzi do nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, zwłaszcza tych dotyczących przyjmowania leków, nierespektowania procedury leczenia czy diety.

3.3. Leczenie depresji

3.3.1. Leczenie farmakologiczne

W przypadku pojawienia się u chorego objawów depresyjnych o średnim lub znacznym stopniu nasilenia, konieczne jest wdrożenie farmakoterapii, wspomaganej przez pomoc psychologiczną. Farmakoterapia jest indywidualnie dobierana dla każdego pacjenta, co wynika z odrębności obrazu klinicznego procesu chorobowego pacjentów [72]. Działa ona przez wpływ na podstawowe przekaźniki mózgowe, takie jak serotonina i noradrenalina.

W leczeniu pacjentów depresyjnych onkologicznych często stosuje się:

1. Leki hamujące wychwyt zwrotny serotoniny i noradrenaliny. Ze względu na szerokie spektrum działania tych leków, są one szczególnie polecane w epizodach depresji umiarkowanej i ciężkiej do nich należy:

- Duloxetine: stosowana w depresji, zaburzeniach lękowych uogólnionych (przewlekłe uczucie lęku lub nerwowość),
- Milnacipran: działa przeciwdepresyjnie w epizodach depresji umiarkowanej i ciężkiej w przebiegu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych.

2. Selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI). Działanie polega na wychwycie zwrotnym serotoniny. Działanie leku przeciwdepresyjnego wykazuje dopiero po 2–3 tygodniach stosowania. Zalecane w epizodach depresyjnych łagodnych, umiarkowanych i ciężkich bez tendencji samobójczych, z małym nasileniem lęku oraz niepokojem

psychoruchowym. Obejmują także epizody ciężkiej depresji z występowaniem omamów, urojeń, myśli samobójczych (objawy psychotyczne). Największym zagrożeniem stosowania leków z grupy SSRI jest uzależnienie. Objawy odstawienia wiążą się u około 60% pacjentów z zespołem abstynencji. Leki z grupy SSRI najczęściej stosowane to: citalopramum, escitalopramum [73].

3. Selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego noradrenaliny (SNRI).

- Reboksetyna – jej działanie polega na selektywnym hamowaniu wychwytu noradrenaliny przez blokadę transportera dla tego neuroprzekaźnika. Lek stosowany w leczeniu wszystkich typów depresji. Ma działanie lekko pobudzające [74].
- Wenlafaksyna – lek stosowany jest we wszystkich rodzajach depresji, zwłaszcza ciężkiej, lekoopornej i nawracającej oraz w zaburzeniach lękowych. W trakcie stosowania dawka jest stopniowo zwiększana lub zmniejszana. Jeżeli lek był stosowany około 6 tygodni, to odstawienie go musi trwać minimum 2 tygodnie [75].
- Maprotylina – wykazuje działanie przeciwdepresyjne i pobudza napęd psychoruchowy u pacjentów u których oprócz depresji występuje lęk, należy rozważyć podanie leków przeciwdepresyjnych, uspokajających [76].

Leki o działaniu receptorowym. Stosowane głównie w leczeniu depresji:

- Mianseryna – wykazuje działanie przeciwdepresyjne, stosowana w leczeniu leków i umiarowanej depresji z zaburzeniami snu i niepokojem. Działania niepożądane: ból stawów, senność i zwiększenie masy ciała.
- Mirtazapina – wskazana w leczeniu depresji o umiarkowanym i ciężkim nasileniu z występującym lękiem. Działanie niepożądane: zaburzenia snu, ból głowy, zaparcia, nudności i wymioty.
- Trazodon – wskazany jest w leczeniu zaburzeń depresyjnych o różnej etiologii, w tym depresji przebiegającej z lękiem.

Leki normotymiczne. Grupa leków, która znalazła zastosowanie w leczeniu depresji w chorobie afektywnej dwubiegunowej i manii:

- Lamotrygina, kwas walproinowy: stosowane głównie w leczeniu manii i epizodów depresyjnych oraz jako stabilizatory nastroju [77].

Leczenie depresji u chorych na nowotwory stanowi wyzwanie, co wynika z wielu aspektów, zarówno rozpoznania choroby nowotworowej, jak i postawienia diagnozy. Pełną skuteczność leczenia uzyskuje jedynie 15% chorych. Istotna jest zatem współpraca pacjenta z psychologiem, psychiatrą lub psychoonkologiem od początku rozpoznania choroby. Ta współpraca może być realizowana w czasie indywidualnych lub grupowych spotkań. Dodatkowym czynnikiem jest dobrze dobrane leczenie przeciwdepresyjne, odpowiadające objawom choroby i potrzebom pacjenta. W doborze tych leków należy uwzględnić chorobę nowotworową, stan psychiczny i ogólne samopoczucie pacjenta. Farmakoterapia depresji dobierana jest przede wszystkim indywidualnie z uwzględnieniem chorób współistniejących. Istotne są również metody aplikacji leków i dawkowanie, które zawsze rozpoczyna się od niskich dawek i stopniowo zwiększa pod nadzorem lekarza. W zależności od zastosowanej farmakoterapii pierwsze widoczne i pożądane skutki leczenia zauważalne są po około 4 tygodniach systematycznego stosowania leku. Leczenie zazwyczaj jest kontynuowane przez okres ok. 6–9 miesięcy [78].

W leczeniu depresji z objawami drażliwości i agresji warto uzupełnić leczenie przez dodanie do terapii leków normotymicznych spośród, których szczególnie skutecznie okazały się walproinian lub lamotrigine.

3.3.2. Postępowanie niefarmakologiczne

Jednym ze sposobów leczenia depresji jest metoda psychologiczna, która daje pacjentowi możliwość podjęcia próby rozwiązania dotychczasowych problemów czy poznania metod rozładowania napięcia emocjonalnego. Rozmowa z pacjentem może być przeprowadzona przez psychologa, psychiatrę lub psychoonkologa, który dzięki wykorzystaniu swojej wiedzy będzie kontrolować jej przebieg w taki sposób, aby pacjent nie pogłębił swojego żalu, krzywdy czy złości. Rozmowa powinna skupiać na tym, co jest konieczne w danym momencie, np. uspokojenie pacjenta czy przekazaniu w sposób zrozumiały i umożliwiający przyswojenie, niezbędnych dla niego informacji. Należy zapewnić pacjentowi poczucie zrozumienia i bezpieczeństwa. Istotne jest zatem znalezienie pozytywnych aspektów w sytuacji choroby nowotworowej, co może przekształcić negatywne myślenie pacjenta na pozytywne nastawienie. Przydatna jest w tym przypadku metoda wracania myślami do wspomnień, które wywołują pozytywne powiązania z osobistym szczęściem, sukcesami

życiowymi, zawodowymi, czy samorealizacją pacjenta. Często miłe wspomnienia pomagają w polepszeniu samopoczucia i pozytywnym myśleniu. W zależności od stopnia zaawansowania choroby, otrzymanego wsparcia od bliskich i otoczenia, pacjent potrzebuje zindywidualizowanego przez pryzmat tych czynników podejścia i zrozumienia [79]. Należy zdecydować, czy pacjent potrzebuje jedynie wsparcia psychologa czy psychoonkologa, czy również pomocy psychiatry i farmakoterapii dla zapewnienia komfortu psychicznego.

3.3.3. Rak jelita grubego a depresja

Choroba nowotworowa może wystąpić w różnym wieku, a objawy depresyjne u pacjentów przybierają specyficzny profil. Badania przeprowadzone przez C.H. Nikendei i wsp. na grupie 2493 hospitalizowanych pacjentów w kompleksowym ośrodku onkologicznym i ośrodku medycyny psychospołecznej, miało na celu sprawdzenie czy pacjent onkologiczny wykazuje specyficzny profil objawów depresyjnych. Badacze porównali dwie grupy pacjentów – respondenci z depresją nowotworową oraz pacjenci bez przewlekłej choroby somatycznej. Badania wykazały, że pacjenci chorzy na chorobę nowotworową z rozpoznaną depresją zgłaszali niski poziom objawów poznawczo-emocjonalnych, objawów depresyjnych takich jak „myśli samobójcze", „bezwartościowość". Objawy depresji występowały częściej u pacjentów z rozpoznaniem choroby nowotworowej [80].

Y. Jia i wsp. przeprowadzili badanie wśród 1 469 179 respondentów z rozpoznaniem raka piersi, wątroby i płuc, którego celem było sprawdzenie związku pomiędzy depresją, a ryzykiem wstępowania nowotworu. Badanie wykazało niewielki związek pomiędzy depresją, a ryzykiem występowania choroby nowotworowej, depresja może zwiększyć ryzyko zachorowania na raka płuca i wątroby [81].

Depresja może pojawić się zarówno u kobiet jak i u mężczyzn, często niezależnie od wieku i rozpoznania choroby nowotworowej. Jednak coraz więcej badań skupia się na grupie kobiet, w której przeważają symptomy depresyjne, w porównaniu do grupy mężczyzn. Próbę sprawdzenia częstości występowania i nasilenia zaburzeń lękowych i depresji podjęli M. Łuczyk i wsp. w grupie 150 pacjentek onkologicznych, które były przygotowane do zabiegu chirurgicznego. Zarówno sama diagnoza choroby nowotworowej, jak również leczenie, jest dla kobiety przeżyciem traumatycznym, ponieważ niejednokrotnie wpływa na

ich reakcje seksualne, samoocenę, powoduje reakcje psychologiczne takie jak złość, zaprzeczenie oraz gniew. Celem badania było sprawdzenie częstości nasilenia depresji i lęku u kobiet z diagnozą raka piersi oczekujących na zabieg operacyjny. Badania wykazały, występowanie zaburzeń lękowych, ale w mniejszym stopniu zaobserwowano zaburzenia depresyjne [82].

Rak jelita grubego, zarówno w grupie kobiet jak i w grupie mężczyzn, może być przyczyną występowania zaburzeń depresyjnych. Badania przeprowadzone przez C.S. Bonhof i wsp. na grupie pacjentów, którzy przeżyli raka jelita grubego zdiagnozowanego w latach 2000-2009, zarejestrowane na stronie Holenderskiej w Rejestrze Nowotworów zostali zakwalifikowani do badania ankietowego. Respondenci byli proszeni o wypełnienie kwestionariuszy dotyczących lęku (HADS) oraz zmęczenia (FAS). Średni czas od rozpoznania choroby wyniósł 5,6 lat. Celem badania było sprawdzenie czy neuropatia obwodowa czuciowa indukowana chemioterapią (CIPN) ma wpływ na występowanie depresji i lęku. Drugie z pytań badaczy miało na celu uzyskanie odpowiedzi na pytanie czy występuje związek między zmęczeniem, a czuciową indukowaną chemioterapią, oraz czy zmęczenie pacjentów można wytłumaczyć dystresem psychologicznym. Wyniki pokazały, że respondenci, którzy przeżyli z wysokim poziomem (górne 30% wyników) z neuropatią obwodową czuciową indukowaną chemioterapią zgłaszały więcej objawów depresyjnych i lękowych oraz częściej zmęczenie, w porównaniu z pacjentami z niskim wynikiem (n=299). Pacjenci z wysokim wynikiem CIPN wykazywali większe zmęczenie przy jednoznacznym wyższym odczuwaniu lęku i depresji, niż osoby z niskim wynikiem. Wyniki uzyskane w badaniu były z klinicznego punktu widzenia istotne. Analiza mediacji wykazała, że mimo bezpośredniego związku CIPN ze zmęczeniem, związek między CIPN a zmęczeniem w znacznym stopniu był wywołany przez depresję i lęk [83].

Badania przeprowadzone przez I. Kapella i wsp. w Beskidzkim Centrum Onkologii Szpitala Miejskiego im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej, na grupie 92 pacjentów, miało na celu sprawdzenie oceny poziomu akceptacji choroby oraz satysfakcji z życia, wśród pacjentów z rozpoznaniem choroby nowotworowej w obrębie raka jelita grubego, leczonych chemioterapią. Pacjenci byli poproszeni o wypełnienie standaryzowanych testów: Skali akceptacji choroby (AIS), Skali satysfakcji z życia (SWLS), Skali Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej (Mini–Mac), oraz ankiety własnego autorstwa badaczy I. Kapella i współpracowników. Wyniki badań wykazały, że poziom akceptacji

choroby nowotworowej oraz odczuwanie satysfakcji z życia w grupie pacjentów onkologicznych osiągnął wynik nieco większy od przeciętnych, co świadczy o dosyć dobrym dostosowaniu pacjenta do choroby nowotworowej. Wykazuje ono dobre przystosowanie chorego do choroby nowotworowej [84].

Powyższe badania wskazują, że istnieje związek między występowaniem objawów depresji, a diagnozą choroby nowotworowej. Objawy depresji w grupie chorych somatycznie stanowią bardzo poważny problem kliniczny, z którym boryka się zarówno pacjent jak i jego bliscy. Chorym na nowotwory należy zapewnić możliwie najlepsze samopoczucie psychiczne, zapobiegać, a w przypadku wystąpienia – wdrożyć optymalne leczenie depresji.

4. Lęk u pacjentów onkologicznych

4.1. Definicja- przyczyny

Lęk towarzyszy pacjentowi przed wizytą w gabinecie lekarskim i nasila się w chwili usłyszenia lekarskiej diagnozy choroby nowotworowej. Jest on bardzo powszechnym, a zarazem dominującym doznaniem emocjonalnym. W zależności od osoby oraz sytuacji może on towarzyszyć pacjentowi przez większość czasu w ciągu dnia lub w sytuacjach stresowych [85]. Lęk jest typową reakcją na powstałą sytuację, generuje myśli o utracie istotnych wartości dla człowieka. Często lęk można traktować jako sygnał ostrzegawczy przed zbliżającym się zagrożeniem [86].
Lęk definiowany jest jako nieprzyjemny stan emocjonalny, który zapowiada nadchodzące niebezpieczeństwo z wewnątrz lub z zewnątrz organizmu, powodując brak poczucia bezpieczeństwa, dyskomfort i uczucie napięcia [87]. W odczuwaniu lęku towarzyszą stany pobudzenia układu nerwowego wegetatywnego: pocenie dłoni lub całego ciała, wzrost ciśnienia i oddechów, szybkie bicie serca, bladość powłok skórnych i niepokój psychiczny [88].

Pojęcie lęku definiowane jest również jako nieprzyjemne uczucie, które pojawia się u pacjenta na skutek obawy, zagrożenia, niepewności przed trudną sytuacją lub towarzyszące w sytuacji „bez wyjścia" [89]. W grupie pacjentów onkologicznych lęk stanowi bardzo poważny problem. Szacuje się, że występuje u około 19–22% chorych [90], i wiąże się z problemami fizycznymi (somatycznymi), wynikającymi z choroby oraz leczenia. Dotyczy to w szczególności hiperkalcemii, która występuje w momencie postępu choroby i przerzutów do kości oraz niedotlenienia pacjenta (zaburzenia metaboliczne) [91]. Należy pamiętać, że występowanie lęku u pacjentów onkologicznych znacznie różni się pod względem nasilenia u poszczególnych pacjentów.

Zaburzenia lękowe mogą być wywołane, m. in. czynnikami genetycznymi i środowiskowymi. Lęk może zaburzać wykonywanie codziennych czynności, np. wyjście do pracy, do szkoły i na spotkanie [92]. Podczas diagnostyki należy przeanalizować objawy i czynniki z nimi związane [93]. Zaburzenia lękowe mogą wystąpić od chwili ustalenia rozpoznania, przez cały okres leczenia choroby nowotworowej i po jego zakończeniu.

4.2. Epidemiologia

D. Bernard i wsp. przeprowadzili badanie ankietowe wśród 121 pacjentów Wielkopolskiego Centrum Onkologii będących w trakcie leczenia onkologicznego. Celem badania było wykrycie lęku odczuwanego przez respondentów podczas hospitalizacji na oddziałach onkologii i ocena, w jakim stopniu wsparcie udzielane pacjentom przez personel medyczny może zmniejszyć natężenie stresu. Badanie wykazało, że 94% badanych pacjentów odczuwało lęk na etapie diagnozy i terapii. Ponadto wsparcie udzielone przez pracowników szpitala zmniejszyło natężenie negatywnych emocji. Przekazywanie pacjentom rzetelnych informacji na temat stanu zdrowia i choroby wpływa pozytywnie na jakość życia pacjenta [94].

M. Dryhinicz i T. Rzepa przeprowadzili samoopisowe badanie ankietowe wśród 100 kobiet z rozpoznaniem i bez rozpoznania nowotworu, w wieku 20–60 lat, w celu oceny związku pomiędzy akceptacją choroby, a poziomem lęku i radzeniem sobie ze stresem. Chore na nowotwory odczuwały bardziej nasilony lęk, w porównaniu do kobiet zdrowych. Wysoki poziom lęku towarzyszył niskiemu poziomowi akceptacji choroby nowotworowej. Wśród pacjentek onkologicznych, w porównaniu do „grupy kontrolnej" stwierdzono zależność między wysokim poziomem lęku ze strategią radzenia sobie ze stresem i niskim poziomem akceptacji choroby. U starszych zdrowych kobiet stwierdzono wyższy poziom lęku, natomiast młodsze chore na nowotwory wykazywały większą akceptację choroby [95].

P. Kozieł i wsp. przeprowadzili badanie wśród 112 kobiet z rozpoznaniem raka piersi, hospitalizowanych w Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu, którego celem było sprawdzenie związku pomiędzy akceptacją choroby, a poziomem lęku i depresji oraz jakością życia pacjentek z rakiem gruczołu piersiowego. Kobiety z rozpoznaniem raka piersi wykazywały średni poziom akceptacji choroby oraz graniczny poziom lęku i depresji, natomiast akceptacja choroby przez pacjentki wpływała pozytywnie na ocenę jakości życia. Pojawienie się lęku i depresji u pacjentek onkologicznych negatywnie wpływa na ocenę jakości życia i poziom akceptacji choroby [96].

Przedstawione wyniki badań sugerują, że pacjenci powinni posiadać dostęp do profesjonalnego wsparcia podczas hospitalizacji na oddziale onkologicznym, dotyczy to zwłaszcza kobiet, które cechuje wyższy poziom lęku, w porównaniu do mężczyzn.

1. Zaburzenia lękowe- rodzaje

- **Napady paniki.** Zaburzenie charakteryzuje niespodziewany napad lęku, pacjent nie wie, kiedy on wystąpi. Zazwyczaj jest to kilka napadów paniki, nigdy nie jest to jeden raz. Choroba pojawia się na początku trzeciej dekady życia i zazwyczaj jest rozpoznawana u kobiet. Szacuje się, że choroba występuje u około 1–4% ogólnej populacji. Charakteryzuję się bardzo dużym niepokojem przed śmiercią. Pacjent jest pobudzony, odczuwa przyśpieszone bicie serca, szybkie oddechy i wzrost ciśnienia. Stan taki trwa zwykle 10–15 minut [97].

- **Agorafobia.** Dotyczy strachu przed miejscem lub sytuacją, w której pacjent się znalazł. Ucieczka z tego miejsca może być utrudniona bądź niemożliwa z perspektywy pacjenta. Zazwyczaj odnosi się to do supermarketów, sklepów, kin, teatrów, u niektórych chorych może dotyczyć wejścia na oddział lub do gabinetu zabiegowego. Zaburzenie diagnozowane jest w drugiej lub trzeciej dekadzie życia. Kobiety są bardziej narażone na agorafobię. Szacuje się, że jest to około 1–2% rozpoznań [98].

- **Fobia swoista.** Objawia się lękiem i nieuzasadnioną obawą, np. przed zwierzętami, burzami, wysokością, podróżą samolotem, samochodem. W śród pacjentów lęk może przybierać formę lęku panicznego przed cewnikowaniem lub iniekcją (przed chemioterapią) [99].

- **Klaustrofobia**. Zaburzenie lękowe charakteryzujące się lękiem przed małymi, zamkniętymi przestrzeniami. Może przybierać postać stanu ciężkiego i wyniszczającego, a przez to mieć znaczący wpływ na jakość życia danej osoby. Niekiedy starch przed przebywaniem w małej, zamkniętej przestrzeni może być skorelowany z pewnymi sytuacjami, np. takimi jak wykonywanie badań MRI. Pacjenci poddani tym badaniom muszą leżeć nieruchomo przez dłuższy czas, w ograniczonej przestrzeni. Sytuacja ta jest szczególnie trudna dla osób z klaustrofobią. Osoby te mogą odczuwać strach i niepokój, a nawet odmówić poddania się badaniu [100].

- **Separacyjne.** Najczęstsze w grupie dzieci, występuje lęk przed samotnością, utratą kogoś bliskiego wskutek śmierci z powodu choroby onkologicznej. Często występują wymioty, płacz i moczenie w nocy [101].

- **Spowodowane inną chorobą lub problemem zdrowotnym**. Może pojawić się u chorych na nowotwory. Objawia się lękiem z napadami paniki, przybierającymi postać obsesji lub kompulsji. W przypadku niepodjęcia leczenia choroby somatycznej, zaburzenie może doprowadzić do pogorszenia stanu zdrowia i do niepełnosprawności [102].

- **Inne.** Rozpoznawane w przypadku wystąpienia objawów lęku, strachu lub fobicznego unikania; o nietypowym obrazie klinicznym [103].

2. Inne przyczyny lęku i objawów pokrewnych

- **Zaburzenia stresowe pourazowe.** Zaburzenie dotyczy silnych, traumatycznych doświadczeń, m. in. wojny, klęski żywiołowej, wypadku samochodowego. Długotrwała choroba nowotworowa może spowodować wystąpienie zaburzenia stresu pourazowego (PTSD), które objawia się nadmiernym pobudzeniem fizjologicznym, poczuciem zagrożenia, winy lub nawracającym, uporczywym zaburzeniem snu [104].

- **Zaburzenia depresyjne z lękiem.** Pacjentom z zaburzeniami depresyjnymi towarzyszy lęk. Okresowo występują objawy wegetatywne między innymi: przyśpieszenie bicia serca, suchość w ustach, zaburzenie odżywiania, zaburzenie snu [105].

- **Zaburzenia z objawami somatycznymi i zaburzenia z lękiem przed chorobą.** Pacjenci, którzy nie mają negatywnych wyników badań, są bez dolegliwości, obawiają się, że zachorują na nowotwór lub inną chorobę przewlekłą. Towarzyszą im silny lęk i negatywne emocje. Skutkuje to tym, że pacjenci nie mogą dobrze funkcjonować [106].

- **Kancerofobia**– patologiczny lęk przed zachorowaniem na raka. Pacjenci cierpiący na chorobę nagminnie chodzą do lekarzy w celu wykonania badań w dążenia do wykrycia choroby nowotworowej. W chwili, kiedy pacjent otrzymuje negatywne wyniki badań, które świadczą o braku nowotworu, wątpi w postawioną diagnozę, co skłania go do zmiany lekarza i ponownego szukania objawów choroby. Choroba pojawia się u osób nadwrażliwych, z tendencją lękową. Objawy, to m. in. strach przed chorobą nowotworową, wizja śmierci, duszności, ucisk w żołądku, nudności, pocenie, drżenie rąk.

Kancerofobię leczy się podobnie, jak inne fobie, pod opieką psychologa, terapeuty, psychoonkologa i lekarza psychiatry [107].

4.3. Leczenie zaburzeń lękowych

W leczeniu zaburzeń lękowych stosowane są metody farmakologiczne i niefarmakologiczne, spośród tych ostatnich najczęściej wykorzystywana jest terapia poznawczo–behawioralna i behawioralna.

4.3.1. Leczenie farmakologiczne

Wbrew opinii funkcjonującej w świadomości społecznej, leki stosowane w leczeniu zaburzeń lękowych są bezpieczne i skuteczne. Substancje farmakologiczne o działaniu przeciwlękowym (anksjolitycznym) powinny być dawkowane pod nadzorem lekarza. W zależności od objawów choroby dla pacjenta dobierane jest indywidualne leczenie w celu osiągnięcia jak najlepszych rezultatów leczenia. Farmakoterapia jest stosowana zwłaszcza w leczeniu lęku uogólnionego, reakcji na stres, fobii, zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego i bólu psychicznego.

Leki stosowane w terapii krótkotrwałych zaburzeń lękowych

1. **Pochodne benzodiazepiny.** Wykazują działanie nasenne, anksjolityczne, miorelaksacyjne i przeciwdrgawkowe. Stosowane są krótkotrwale w leczeniu napadów lęku, łagodzeniu objawów psychicznych pourazowych i somatycznych, przed zabiegami chirurgicznymi. Używane są zazwyczaj przez okres do 2 miesięcy. Nie należy podawać równocześnie dwóch lub więcej leków z grupy benzodiazepin. Działanie niepożądane to: zaburzenia snu (bezsenność), widzenia, opóźniony napęd ruchowy, zaparcia, biegunki, nudności, zawroty głowy, utrata koncentracji. Z uwagi na fakt, że dłuższe stosowanie tych leków grozi uzależnieniem, koniecznym jest przyjmowanie ich pod nadzorem lekarza prowadzącego [108].

2. **Pochodne azaspiranu.** Wykazują działanie anksjolityczne, wpływają na funkcjonowanie przekazu impulsów nerwowych, powodują zmniejszenie napięcia emocjonalnego, niepokoju i lęku. W leczeniu zaburzeń lękowych najczęściej stosuje się buspiron. Efekty występują po 2 tygodniach. Nie powoduje działania nasennego i uzależnienia. Do skutków niepożądanych należą: zaburzenia snu, ból i zawroty głowy, nudności, osłabienie, niepokój, biegunki i suchość w jamie ustnej [109].

3. **Inne leki stosowane w leczeniu krótkotrwałych zaburzeń lękowych:**

- Hydroksyzyna – efekt anksjolityczny i uspokajający. Objawy niepożądane: senność, zaparcia, biegunki, zaburzenia akomodacji, ból i zawroty głowy [110].
- Pramolan – działanie uspokajające, przeciwlękowe oraz poprawiający nastrój. Efekt działania leku jest zadawalający a pacjenci dobrze go tolerują.

W leczeniu długotrwałych zaburzeń lękowych stosowane są leki przeciwdepresyjne. Efekt przeciwlękowy występuje po 4–6 tygodniach. Leczenie farmakologiczne prowadzi lekarz, zazwyczaj przez okres 12 miesięcy.

Leki przeciwdepresyjne stosowane w terapii długotrwałych zaburzeń lękowych

Selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI): citalopram, escitalopram, fluoksetyna, fluwoksamina, paroksetyna i sertralina [111].

4.3.2. Postępowanie niefarmakologiczne

1.Terapia poznawczo–behawioralna. Wprowadzona do praktyki klinicznej w latach 60., opracowana przez psychiatrę A. Becka. Według założeń terapii, napływające myśli, emocje i zachowania uwarunkowane są różnymi sytuacjami życiowymi i tworzą jedność, wzajemnie na siebie oddziałując. W ten sposób tworzą wzorzec, który w zależności od sytuacji może być do niej adekwatny bądź nie. Terapeuta poszukuje związku pomiędzy myślami, emocjami, a bieżącymi działaniami pacjenta. Człowiek, który spotyka różne przeciwności życia i wchodzi w wielorakie grupy społeczne, może naśladować wzorce lub reagować na sytuacje, bieżące sprawy w sposób nieadekwatny. Terapia jest wskazana dla pacjentów, kiedy ich przekonania i zachowania nie są adekwatne i obiektywne do danej

sytuacji. Pozwala przekształcić we właściwą zniekształconą rzeczywistość pacjenta, koncentruje się na „obecnej sytuacji lub danej chwili". Podczas spotkań nie wraca się do przeszłości, chyba, że jest to konieczne. Terapia poznawczo-behawioralna jest przeznaczona dla pacjentów borykających się z chorobą lękową oraz depresyjną. Czas trwania sesji to w przybliżeniu jedna godzina. Częstotliwość spotkań zależy od pacjenta (zazwyczaj są to spotkania 1–2 razy w ciągu tygodnia). Terapia ma na celu zmianę zachowania pacjenta oraz uświadomienie i pokazanie mu jej pozytywnego wpływu na polepszenie jakości życia pacjenta [112].

2.Techniki relaksacyjne. Koncentrują się głównie na osiągnięciu relaksu, rozluźnienia i wewnętrznego spokoju. Szybkie bicie serca, pocenie, nudności, wymioty, zawroty głowy to skutki lęku i stresu. Dzięki relaksacji pacjent może przejąć kontrolę nad własnym ciałem w chwili, kiedy stres lub lęk nim zawładnął. Najważniejszymi elementami są 20-minutowy spokój i miejsce, w którym pacjent czuje się bezpiecznie i może się wyciszyć [113].

3.Medytacje. Pozwalają na rozwinięcie samoświadomości i wrażliwości. Ćwiczenia skupiają się na umyśle, wprowadzeniu w inny (spokojniejszy, odmienny) stan świadomości, który umożliwia poznanie samego siebie poprzez wyciszenie, spokój i koncentrację [114].

4.Zmiana stylu życia. Obejmuje odpowiednią i dobrze zbilansowana dietę pod względem ilościowym i jakościowym, bogatą w wapń, kwasy tłuszczowe omega-3 i omega-6, aktywność fizyczną i unikanie stresu w celu pozbycia się lęku [115].

5. Akceptacja choroby

5.1. Akceptacja choroby u pacjentów z rozpoznaniem raka jelita grubego

Akceptacja choroby nowotworowej przez pacjenta przybiera formę zgody na nadchodzące zmiany w życiu spowodowane na skutek procesu chorobowego. Choroba nowotworowa wywołuje silny lęk, stres oraz dezorientację. Diagnoza często pojawia się gwałtownie i znienacka, trwale powodując niezliczoną liczbę konsekwencji oraz dezorganizację dotychczasowego bytu. Pacjent musi przysposobić się do obecnej sytuacji oraz nowych, nie zawsze korzystnych warunków życia, tracąc często zdolności funkcjonowania, które miał przed chorobą, co wiąże się z osłabieniem organizmu, będącym skutkiem przebytej choroby oraz leczenia. Może nastąpić również utrata ról społecznych lub całkowita rezygnacja z powodu niemożności ich pełnienia. Wycofanie pacjenta ze społeczeństwa niejednokrotnie uwarunkowane jest przebiegiem choroby, hospitalizacji, a także stygmatyzacją czy traumą związaną z doświadczonym cierpieniem i bólem. Poradzenie sobie z nową życiową sytuacją to kolejne wyzwanie dla pacjenta onkologicznego.

W chwili diagnozy chory zmuszony jest do przewartościowania swojego dotychczasowego życia, a nawet światopoglądu. Jest to żmudny proces, który ma na celu przywrócenie równowagi emocjonalnej pacjenta, a także poczucia kontroli nad własnym życiem. Na akceptację choroby w znacznej mierze mają wpływ predyspozycje osobowościowe chorego. Istotny jest także stan zaawansowania oraz przebieg choroby, które determinują funkcjonowanie psychospołeczne oraz fizyczne. Akceptacja choroby przez pacjenta pozwala określić rzeczywisty problem oraz rozpoznanie i zaspokojenie jego potrzeb. Ponadto, pomaga w powodzeniu terapii przeciwnowotworowej oraz eliminacji czynników ryzyka wystąpienie zaburzeń depresyjnych oraz lękowych [116].

Omawiany proces jest długotrwały i trudny. Akceptacja choroby jest emocjonalnym elementem sposobu odnalezienia się, przystosowania i funkcjonowania w sytuacji choroby. Akceptacja choroby pozwala na mniejsze poczucie dyskomfortu psychicznego oraz lepsze przystosowanie [117]. Niski poziom lub brak akceptacji choroby może przyczynić się do próby leczenia samodzielnego i niestosowania do zaleceń lekarza prowadzącego. Występują przypadki pacjentów, którzy deprecjonują sens hospitalizacji i włączonego leczenia [118].

W aspekcie psychologicznym choroba nowotworowa jest indywidualnym spojrzeniem i przeanalizowaniem tego, co spotkało chorego. Wraz z rozwojem choroby pacjent napotyka na swojej drodze wiele przeciwności, które nie pozwalają mu w pełni funkcjonować. Choroba jest w różny sposób postrzegana przez pacjentów i wywołuje w nich emocje negatywne, które powodują powstawanie wielu obrazów choroby. Rzadko zdarza się, że pacjent natychmiast zaakceptuje diagnozę choroby oraz propozycję leczenia przedstawioną przez lekarza. Często potrzebuje czasu, aby zrozumieć zaistniałą sytuację.

Częstą postawą chorego jest zaprzeczenie dotyczące choroby, definiowane jako mechanizm obronny, nie rzadko prymitywny i niedojrzały [119]. Poprzez zaprzeczenie pacjent chce wymazać obraz teraźniejszości i nie dopuścić do świadomości faktu choroby. Jest to mechanizm obronny pacjenta, który niweluje świadomość negatywnych skutków choroby, ale także uczuć, i myśli, które mogą się pojawić. Zaprzeczenie choroby pozwala na odsunięcie rozważań na temat postawionej diagnozy i przyjęcie postawy obronnej w celu udowodnienia, że nic się nie stało [120].

W miarę szybka akceptacja choroby wpływa pozytywnie zarówno na stan psychiczny pacjenta, jak i jego rodzinę. Reakcja na chorobę jest łagodniejsza i akceptowalna. Chorzy zachowują się adekwatnie do sytuacji, w której się znaleźli. Starają się być tak samodzielni i niezależni jak przed chorobą. Niemniej jednak, częste są przypadki pacjentów, którzy nie mogą zaakceptować choroby i doszukują się w niej kary, reagują bardzo źle na diagnozę [121]. Odrzucenie akceptacji choroby przez pacjenta nie powinno być odebrane przez otoczenie jako słabość, bezsilność czy nieodpowiedzialność. Ma ono podłoże w psychice, wytrzymałości psychicznej pacjenta, który sam musi się zmierzyć z chorobą, na którą nie ma nazbyt dużego wpływu. Postawa, którą przyjmie, pozwala na funkcjonowanie i odnalezienie się w danej sytuacji [122].

Trudności w akceptacji choroby mogą być spowodowane barierą wynikającą z zaawansowania nowotworu oraz ograniczeń, które są narzucone przez schorzenie. Odczucie pacjenta, jakoby był ciężarem dla rodziny, może wywołać sytuacja wyręczania go w codziennych czynnościach, które sprawiają mu trudność. Pacjenci czują się niepotrzebni, pozbawieni poczucia samowystarczalności. Natomiast bliscy pacjenta starają się wykonywać wszystkie obowiązki sami, okazując w ten sposób troskę i zrozumienie osobie chorej. Specjaliści jednogłośnie twierdzą, że choruje nie tylko pacjent, ale cała rodzina [123],

słusznie uwzględniając wstrząs emocjonalny i konieczność wprowadzenia diametralnych zmian w życiu obu stron, spowodowanych chorobą nowotworową.

Akceptacja choroby nowotworowej jest łatwiejsza dla pacjentów w młodszym wieku. Głównymi motywatorami są samorealizacja, ukończenie studiów, założenie rodziny czy osiągnięcie sukcesu zawodowego. Wyznaczenie celów mobilizuje do walki z chorobą. Należy zaznaczyć, że każdy pacjent indywidualnie przyjmuje informację o chorobie nowotworowej. W grupie pacjentów młodych również występują reakcje w postaci niedowierzania, zdziwienia, płaczu czy innych negatywnych emocji. Padają pytania, dlaczego choroba pojawiła się w młodym wieku, u osoby, która ma przed sobą całe życie. Złość, frustracja, gniew wynikają z faktu zachorowania i obawy, że nie uda się zrealizować celów, do których dąży młody człowiek. Obawa o brak samodzielności również jest dla młodych pacjentów czynnikiem, który wywołuje lęk. Młodzi pacjenci onkologiczni mają potrzebę pochłaniania nowych informacji na temat swojej choroby, postępu, ponownego zachorowania w przyszłości, przerzutów. Akceptacja choroby motywuje ich do podjęcia szybkiej terapii przeciwnowotworowej, która jest dla nich kluczowa [124].

Pacjenci w starszym wieku wykazują większy opór w akceptacji choroby nowotworowej. Dla niektórych leczenie pozbawione jest sensu, ponieważ są pogodzeni z perspektywą śmierci. Pacjenci uważają, że leczenie w ich przypadku jest nieuzasadnione, gdyż przeżyli już wiele lat i spełnili swoje zamierzone cele. Sugerują, że najważniejszymi potrzebami w ich stanie będą komfort fizyczny i minimalizacja odczuwanego bólu związanego z chorobą nowotworową. Istnieje grupa pacjentów w podeszłym wieku, która informację o chorobie nowotworowej uważa za zagrażającą życiu [125].

Akceptacja choroby przez pacjentów onkologicznych jest złożona i jednostkowa, indywidualna. Wymaga przemyśleń i czasu. Każdy pacjent zasługuje na pomoc psychologa lub psychoonkologa i zrozumienie przez otoczenie. Informacja o chorobie nowotworowej jest traumatycznym doświadczeniem życiowym, ale jak najszybsze zaakceptowanie choroby niewątpliwie pomaga w pokonaniu całej ścieżki choroby. Rak jelita grubego w początkowym stadium choroby, nie daje niepokojących objawów. Wczesne objawy, które mogą świadczyć o rozwoju choroby, są często trywializowane przez pacjenta. Specyficzne dolegliwości, które pojawiają się podczas rozwoju raka jelita grubego niejednokrotnie pogarsza jakość życia pacjenta a sama diagnoza choroby nowotworowej na różnych płaszczyznach z uwagi na:

obniżony nastrój, smutek, brak życiowej energii, ból i cierpienie spowodowane postępem choroby oraz problemami ekonomicznymi i fizycznymi. Wpływa na sferę emocjonalną, psychiczną oraz fizyczną. Wyczerpujące i bolesne leczenie niejednokrotnie wpływają na wygląd zewnętrzny pacjenta (łysienie, utrata masy ciała, zmęczenie, wyczerpanie), prowadząc do utraty atrakcyjności, zadowolenia z własnego wyglądu, a w konsekwencji do obniżenia jego samooceny [126].

Choroba nowotworowa uruchamia bardzo silny stresor, który zmusza pacjenta do przewartościowania dotychczasowego życia, a także wprowadzenia istotnych zmian adaptacyjnych. Warto jeszcze raz zaakcentować, że akceptacja choroby oznacza pogodzenie z zaistniałą sytuacją zdrowotną i wejście w rolę pacjenta, a tym samym pogodzenie się z ograniczeniami spowodowanymi chorobą. Zaburzenie czy zniszczenie dobrostanu psychicznego zależą od choroby, jej progresji, możliwej niepełnosprawności oraz zagrożenia życia. Duże znaczenie ma również wiek, płeć, sytuacja ekonomiczna, rodzinna pacjenta oraz możliwości otrzymania wsparcia w czasie leczenia [127].

Akceptacja choroby oznacza tym samym zaakceptowanie zaistniałej sytuacji zdrowotnej i przyjęcie roli pacjenta, oraz pogodzenie się z ograniczeniami spowodowanymi chorobą. Zaburzenie dobrostanu psychicznego zależy od rozpoznania, progresji choroby, stopnia niepełnosprawności i zagrożenia życia [128].

5.2. Rola rodziny w leczeniu pacjenta z rozpoznaniem raka jelita grubego

W procesie akceptacji choroby przez pacjenta kluczową rolę odgrywają jego bliscy. Choroba dotyczy nie tylko pacjenta, ale całej rodziny, która również przeżywa wstrząs emocjonalny i wprowadza niezbędne zmiany wymuszone chorobą nowotworową [129]. Wsparcie bliskich na różnych etapach choroby może poprawić stan psychiczny chorych. Niejednokrotnie rodzina potrzebuje wsparcia psychologicznego, gdyż pogarszający się stan emocjonalny bliskiej osoby może jednocześnie spowodować obniżenie nastroju i wystąpienie negatywnych emocji u pacjenta [130]. Akceptacja choroby nowotworowej, również po stronie bliskich chorego, pozwala na wypracowanie nowego sposobu funkcjonowania, pomimo problemów i skutków choroby, znacznie ułatwiając wykonywanie codziennych czynności [131].

Rodzina odgrywa istotną rolę w przywróceniu lub utrzymaniu równowagi psychofizycznej chorego, zapewniając pomoc w mobilizacji pacjenta do walki z chorobą. Jednak często rodzina nie uważa, że potrzebuje wsparcia, tworząc dodatkowe obciążenie psychiczne dla chorego poprzez jego świadomość, iż rodzina ma problemy z akceptacją choroby. Do zadań rodziny należy udzielanie wsparcia w zależności od potrzeb pacjenta. Wyróżniono następujące formy wsparcia:

- **Rzeczowo–organizacyjne**. Oznacza pomoc finansową, ekonomiczną oraz zastąpienie pacjenta w rolach i zadaniach dotychczas wykonywanych w domu i przeorganizowanie życia członków rodziny.

- **Emocjonalne.** Wymaga zindywidualizowania i dostosowania do pacjenta. W tym kontekście istnieją różne grupy pacjentów onkologicznych. Pierwsza grupa potrzebuje wsparcia drugiej osoby i ma potrzebę werbalizowania wszystkich negatywnych emocji oraz podzielenia się swoim doświadczeniem. Druga grupa pacjentów to osoby samowystarczalne, które nie chcą dzielić się swoimi przeżyciami i kumulują negatywne emocje w przekonaniu, że sami pokonają chorobę. Takie osoby nie lubią współczucia i wręcz bronią się przed nim. Trzecia grupa pacjentów to osoby, które w chorobie mogą zachowywać się w sposób nieprzewidywalny, a mianowicie z jednej strony będą potrzebować wsparcia i ciepła rodzinnego, ale z drugiej strony mogą odrzucać pomoc osoby bliskiej w obawie, że mogą być przez nią skrzywdzone;

- **Informacyjne.** Dotyczy indywidualnego przekazu informacji choremu o stanie zdrowia, rokowaniu i leczeniu. Istnieje grupa pacjentów, która nic nie chce wiedzieć na temat swojej choroby i unika wszelkich informacji na ten temat.

Wsparcie chorych na nowotwory jest uwarunkowane różnymi czynnikami i potrzebami pacjenta. Rola rodziny zmienia się w zależności od okresu choroby.

W przebiegu leczenia specjaliści wyróżniają pięć głównych okresów leczenia choroby nowotworowej [132].

1. Faza ostra trwa od momentu pojawienia się niepokojących oznak choroby, aż do diagnozy choroby nowotworowej. To ciężki okres dla całej rodziny, w którym pojawia się mnóstwo negatywnych emocji. Pacjent i jego bliscy szukają własnego sposobu na

odreagowanie swoich emocji, w wielu rodzinach można zauważyć zwłaszcza pełną mobilizację w dążeniu do wyzdrowienia bliskiej osoby. Podstawowym i zarazem bardzo ważnym elementem w fazie ostrej choroby nowotworowej jest przekonanie, że nic nie dzieje się bez przyczyny, co pozwala bliskim pacjenta zrozumieć w jakiś sposób całą sytuację, w jakiej się obecnie znaleźli. Ważne jest, aby przekonania na temat choroby nie wpływały negatywnie na samego pacjenta. Najgorszym sposobem, w którym rodzina może wskazać przyczynę choroby, jest wytykanie pacjentowi jego życiowych błędów, które mogły przyczynić się do powstania choroby. Kolejnym nietaktem popełnianym przez rodzinę jest wymienianie oraz uświadomienie choremu negatywnych skutków jego choroby oraz leczenia, jakimi są: łysienie, spadek masy ciała, mdłości, wymioty, biegunki i wycofanie z życia społecznego. Rodziny, które dojrzały emocjonalnie do sytuacji, wyszukują pozytywnych skutków choroby, przykładowo zmianę stylu życia na zdrowszy [133].

2. Faza przewlekła to wielomiesięczne lub wieloletnie leczenie pacjenta na oddziałach onkologii, które nieustannie wiąże się z długą hospitalizacją. Jest to czas długotrwałej remisji choroby, który powinien być momentem radosnym dla całej rodziny. Bywa jednak tak, że pacjent po zakończonym leczeniu onkologicznym spotyka się z krzywdzącą postawą rodziny, która uważa, że jeżeli zakończył leczenie, to jest w pełni sprawny do kontynuowania obowiązków, które wykonywał przed chorobą. Inni uważają, że stawianie nowych wymagań przed pacjentem onkologicznym, który zakończył leczenie, wywoła u niego poczucie bycia potrzebnym i ważnym, pacjent zacznie myśleć o sobie, jako o osobie zupełnie zdrowej i w pełni sił. Niektóre rodziny, mimo zakończenia leczenia, wykazują nadopiekuńczość i nadmiar troskliwości wobec pacjenta onkologicznego, co w konsekwencji wywołuje u niego irytację, złość. Każdy z pacjentów w sposób indywidualny przechodzi przez okres remisji choroby. Występują przypadki osób, które żyją w zawieszeniu, nie planując celów długoterminowych, żyją z dnia na dzień, ważne sprawy odkładają na ostatnią chwilę i mają małą mobilizację do ambitniejszych wyzwań. Taka postawa sprzyja powstawaniu zaburzeń lękowych, które utrudniają funkcjonowanie zarówno pacjenta, jak i jego rodziny [134].

3. Faza wyzdrowienia dotyczy etapu po zakończeniu leczenia, kiedy pacjent boryka się z różnymi sytuacjami natury psychologicznej. Mimo wyzdrowienia mogą występować skutki uboczne przebytego leczenia. Pacjent przeżywa negatywne emocje, takie jak: agresja, złość, przygnębienie, płaczliwość. Zdarzają się również odruchy wymiotne, które pozostały po leczeniu chemioterapią (np. odruchy wymiotne na zapach pomieszczeń szpitalnych). Takie

sytuacje wywołują powstanie stresu zarówno u pacjenta, jak i u jego bliskich. Jest to trudna sytuacja, w której rodzina nie może pojąć dlaczego mimo wyleczenia nieustannie towarzyszy im myśl o raku. Pacjenci, którzy zakończyli pozytywnie leczenie często boją się, że nie poradzą sobie w powrocie do pracy i że zadania, które wcześniej nie sprawiały im problemu, będą dla nich nie do opanowania. Wsparcie rodziny na tym etapie również pozwala pacjentowi nabrać wiary w siebie i swoje siły [135].

4. Faza zaawansowanej choroby jest ciężkim momentem dla rodziny, która mobilizowała pacjenta do walki o jego życie. Wiadomość o braku możliwości leczenia wynikającego z medycznych niemożności stanowi ogromy stres. Rodzina boi się o swoją przyszłość, jak poradzi sobie w chwili cierpienia pacjenta, kiedy nie będzie mogła mu pomóc. Reakcja rodziny na informację o kończącym się życiu osoby bliskiej jest uwarunkowana różnymi czynnikami (wiekiem pacjenta, dojrzałością emocjonalną rodziny oraz przebiegiem całej choroby nowotworowej). Pacjenci w podeszłym wieku, którzy muszą pogodzić się ze stratą małżonka cierpią często na syndrom pustego gniazda, który dotyczy przeważnie opuszczenia rodziców przez dorosłe dzieci. Jest on silniejszy w momencie pojawienia się choroby. Podejście rodziny do śmierci chorego uwarunkowane jest jego cierpieniem w całym przebiegu choroby [136]. Reakcja bliskich jest też uzależniona od jej warunków finansowych, ekonomicznych oraz sytuacji fizycznej, a także psychicznej [137].

5. Faza umierania jest to traumatyczny okres, w którym rodzina potrzebuje szczególnego wsparcia psychologa czy psychoonkologa. Zdarza się, że emocje są tak duże, że skutkują powstaniem depresji i konieczna staje się pomoc lekarza psychiatry. Forma pomocy jest uwarunkowana wiedzą rodziny o stanie zdrowia pacjenta. Nieraz rodzina w ogóle nie zdaje sobie sprawy z rozpoczęcia agonii. Bywają również sytuacje, kiedy zrozpaczeni bliscy domagają się ratowania umierającego za wszelką cenę. Jest to trudny moment również dla personelu medycznego, który w umiejętny sposób musi przekazać rodzinie, że nie ma już sposobu na przedłużenie życia pacjenta. W tym tragicznym momencie ważne jest, aby rodzina zachowała spokój psychiczny, a pacjent mógł umrzeć w atmosferze spokoju. W zależności od usposobienia jednostki mogą pojawić się trudne i agresywne zachowania oraz niezrozumienie w stosunku do personelu medycznego, dotyczące ratowania życia bliskiej osoby [138].

Ch. Ch. Yang i wsp. przeprowadzili badanie ankietowe wśród 925 pacjentów z nowo rozpoznanym rakiem okrężnicy leczonych chirurgicznie. Celem badania było ustalenie związku pomiędzy stanem cywilnym pacjentów, a przebiegiem raka jelita grubego leczonych operacyjnie. Wyniki dowiodły, że stan cywilny odgrywa istotną rolę: pacjenci w związkach małżeńskich wykazywali dłuższy czas przeżycia (większy odsetek chorych z 5-letnim przeżyciem), w porównaniu do pacjentów w stanie wolnym. Stan wolny był istotnym negatywnym czynnikiem u pacjentów powyżej 65 roku życia, w grupie kobiet w zaawansowaniu choroby nowotworowej wg TNM III–IV z przerzutami do węzłów chłonnych. W badaniu wykazano, iż bycie w związku małżeńskim przyczynia się do lepszego rokowania chorych na raka okrężnicy leczonych chirurgicznie [139].

O. H. Liao i Ch.Ch. Lee przeprowadzili badanie wśród 457 pacjentów z rozpoznaniem raka jamy ustnej bez przerzutów odległych i do węzłów chłonnych, w wieku 65 lat i młodszych, którego celem było sprawdzenie wpływu małżeństwa na wyniki leczenia u starszych pacjentów. Nie stwierdzono istotnej różnicy pomiędzy chorymi pozostającymi w związku małżeńskim oraz będącymi w stanie wolnym w chwili rozpoznania lub leczenia, jednak w analizie regresji wykazano, iż małżeństwo wiąże się z dłuższym przeżyciem chorych na raka jamy ustnej w wieku 65 lat i młodszych [140].

B. A. Given i wsp. zaproponowali kilka strategii opieki nad rodziną oraz pacjentem onkologicznym. Zarówno rodziny jak i pacjenci onkologiczni w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej są narażeni na własne reakcje emocjonalne wywołane diagnozą schorzenia oraz jej przebiegiem. Badacze zwracają uwagę na ważną osobę jaką jest opiekun rodziny, który ma za zadanie monitorowanie choroby i leczenia, podawanie leków oraz wspieranie emocjonalne. Zaproponowana pomoc skupia się nie tylko na chorobie i przebiegu leczenia, ale również na współzależności, pomiędzy tym, jak choroba nowotworowa wpływa na pacjenta, a jego bliskich. W zależności od potrzeb pacjenta oraz rodziny pomoc może być różnorodna. Potrzeby pacjentów zależą od wielu czynników takich jak wiek, usposobienie psychiczne, liczba chorób współistniejących, tradycji kulturowych, religijnych. W przypadku pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową zmieniają się priorytety. Pacjent skupia się na spokoju ciała i umysłu [141].

Rodzina często przypisywana jest do systemu, który tworzy zespół różnych elementów, formując jedność. System rodziny składa się z pojedynczych członków rodziny, którzy

pozostają w interakcji podczas całego wspólnego życia. Systemy mogą być podzielone na podsystemy, granice, eksport i import informacji z otoczenia. Na końcu systemu jest tendencja do zachowania struktury, która realizowana jest poprzez mechanizm sprzężenia zwrotnego ujemnego i dodatniego. Systemy mogą tworzyć otwarte systemy, w których dochodzi do wymiany informacji z otoczeniem, natomiast systemy zamknięte charakteryzują się brakiem wymiany informacji [142].

L. Sarna i M.L. Brecht przeprowadzili badania wśród kobiet w zaawansowanym stadium raka płuca. Wykazali, że zmęczenie jest częstym objawem zgłaszanym przez pacjentki, które było również postrzegane, jako bardzo poważny i niepokojący objaw choroby, któremu towarzyszył nieustający ból, nudności i trudności w oddychaniu. Kobiety w zaawansowanym stadium choroby potrzebują wsparcia w różnych formach, co związane jest z opieką pośrednią i wielokrotnym podejmowaniem decyzji dotyczących pacjenta [143].

Wsparcie chorych na nowotwory jest uwarunkowane różnymi czynnikami i potrzebami pacjenta, a rola rodziny zmienia się w zależności od okresu choroby [144]. M. Stommel i M. Kingry podczas badania wśród 232 małżeństw, analizowali wsparcie otrzymane przez małżonków – opiekunów pacjentów onkologicznych, którzy posiadali małoletnie dzieci. Pomoc, którą otrzymują opiekunowie porównywalna jest z pomocą osób, które nie mają małoletnich dzieci, ale mieszkają samotnie z pacjentem onkologicznym lub razem z dorosłymi dziećmi. Badanie wykazało, że członkowie rodziny chętnie pomagają w opiece nad małoletnimi dziećmi, które są w gospodarstwie domowym mieszkającym z pacjentem onkologicznym. Jednak wzorce opiekunów i pomocników wtórnych nie są na podobnym poziomie oczekiwania i wykonania zadania dla pacjenta onkologicznego, który mieszka z dorosłymi dziećmi lub samotnie [145].

6. Cele badania

W pracy sformułowano cele stanowiące próbę uzyskania odpowiedzi na niżej wymienione pytania badawcze. Każde pytanie opatrzono hipotezą badawczą, opracowaną na podstawie literatury przedmiotu i przeprowadzonych wcześniej badań przesiewowych.

Czynniki społeczno–demograficzne

1. Czy istnieje różnica w poziomie lęku i depresji w badanych grupach chorych ze względu na ich płeć w kolejnych etapach chemioterapii?

Hipoteza: Kobiety reagują wyższym poziomem lęku i depresji przed chemioterapią i po chemioterapii.

2. Czy poziom lęku i depresji w kolejnych etapach chemioterapii koreluje z wiekiem chorych?

Hipoteza: Kobiety w młodym wieku, będące po leczeniu chemioterapią wykazują niższy poziom lęku i depresji, w porównaniu do kobiet w starszym wieku.

3. Czy istnieje różnica w poziomie lęku i depresji w kolejnych etapach chemioterapii ze względu na wykształcenie chorych?

Hipoteza: Na odczuwanie poziomu lęku i depresji w kolejnych etapach chemioterapii nie ma wpływu wykształcenie pacjentów, zarówno w grupie kobiet, jak i mężczyzn.

Czynniki kliniczne

4. Czy istnieją różnice w nasileniu lęku i depresji u kobiet i mężczyzn w kolejnych etapach chemioterapii ze względu na czas trwania choroby?

Hipoteza: Czas trwania choroby ma wpływ na nasilenie lęku i depresji w kolejnych etapach chemioterapii

5. Czy poziom lęku i depresji u kobiet i mężczyzn w kolejnych etapach chemioterapii koreluje z objawami fizycznymi wg RSCL?

Hipoteza: W przypadku nasilenia skutków ubocznych leczenia chemioterapią (objawy fizyczne) wzrasta poziom lęku i depresji.

6. Czy istnieją różnice w nasileniu lęku i depresji u kobiet i mężczyzn w kolejnych etapach chemioterapii, ze względu na rodzaj chemioterapii?

Hipoteza: Rodzaj chemioterapii ma wpływ na poziom lęku i depresji w grupie pacjentów z rakiem jelita grubego

Czynniki psychologiczne

7. Czy poziom lęku i depresji u kobiet i mężczyzn w kolejnych etapach chemioterapii koreluje ze stopniem akceptacji choroby (AIS)?

Hipoteza: Kobiety z wyższą akceptacją choroby odczuwają mniejszy lęk i mniejszą depresję w porównaniu do grupy mężczyzn.

8. Czy poziom lęku i depresji u kobiet i mężczyzn w kolejnych etapach chemioterapii koreluje ze stylami radzenia sobie z chorobą?

Hipoteza: Kobiety gorzej radzą sobie po chemioterapii i odczuwają wyższy poziom lęku oraz depresji niż mężczyźni.

Wyodrębniono następujące zmienne:

Zmienne zależne:

- Lęk
- Depresja.

Zmienne niezależne:

- Czynniki społeczno–demograficzne:
  płeć, wiek, wykształcenie

- Czynniki kliniczne:
  czas trwania choroby, objawy fizyczne, rodzaj chemioterapii

- Czynniki psychologiczne:
  akceptacja choroby, styl radzenia sobie,

7. Pacjenci i metody

7.1. Pacjenci

W badaniu uczestniczyli mężczyźni i kobiety z rozpoznaniem raka jelita grubego, hospitalizowani na Oddziale Onkologii w Beskidzkim Centrum Onkologii (BCO) w Szpitalu Miejskim im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej zakwalifikowani do leczenia cytostatykami. Chemioterapia miała charakter leczenia wstępnego indukcyjnego (neoadjuwantowego) prowadzonego przed wykonaniem zabiegu operacyjnego. W leczeniu chemicznym stosowano schematy FOLFIRI i FOLFOX-4. Okres rekrutacji pacjentów do badania trwał od listopada 2019 r. do lutego 2021 r.

Pacjenci zostali poinformowani o celu i metodzie badania, mogli na każdym etapie zrezygnować z udziału w badaniu, co nie miało wpływu na proces leczenia. Pacjenci zostali poproszeni o wypełnienie narzędzi badawczych trzykrotnie: przed podaniem pierwszej dawki leków cytostatycznych, drugie badanie odbyło się po 15 tygodniach (przed podaniem 5 kursu chemioterapii) i trzecie badanie przeprowadzono po zakończeniu leczenia chemicznego (po 3 miesiącach).

Kryteria włączenia do badania:

- rozpoznanie raka jelita grubego,
- wiek od 18 roku życia,
- uzyskanie dobrowolnej i świadomej zgody na udział w badaniu,
- stan sprawności umysłowej pozwalający na samodzielne wypełnienie kwestionariuszy,
- stan przed rozpoczęciem neoadjuwantowej chemioterapii.

Kryteria wyłączenia z badania:

- rozpoznanie innego nowotworu niż rak jelita grubego,
- samopoczucie fizyczne i psychiczne, lub ciężki stan ogólny pacjenta, uniemożliwiające wypełnienie kwestionariuszy.

Do badania wstępnie zakwalifikowano 120 pacjentów, jednak 40 pacjentów wykluczono z badania z powodu nieprawidłowo wypełnionych ankiet (braku wszystkich odpowiedzi), złego samopoczucia podczas kolejnego badania, odroczenia leczenia chemicznego z powodu

pogorszenia stanu zdrowia i rozpoznania COVID-19, co skutkowało izolacją pacjentów. Do badania zakwalifikowano ostatecznie 80 pacjentów z rozpoznaniem raka jelita grubego. Wyodrębniono dwie grupy pacjentów, którzy byli przyjęci po raz pierwszy na Oddział Onkologii, w celu podania pierwszego kursu chemioterapii:

- Grupa 1: 40 kobiet z rozpoznaniem raka jelita grubego,
- Grupa 2: 40 mężczyzn z rozpoznaniem raka jelita grubego.

Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Beskidzkiej Izby Lekarskiej w Bielsku–Białej (nr 2019/11/7/1) i Dyrekcji Beskidzkiego Centrum Onkologii (BCO) w Szpitalu Miejskim im. Jana Pawła II w Bielsku–Białej.

7.2. Metody

Badanie miało charakter ankietowy i samoopisowy i nie było finansowane. Pacjenci byli badani trzykrotnie i wypełniali narzędzia badawcze (kwestionariusze) przed podaniem 1 kursu, drugie badanie odbyło się po 15 tygodniach leczenia cytostatykami i ostatnie badanie przeprowadzono po zakończeniu leczenia. Narzędzia badawcze zawierały 14 stron, czas ich wypełniania wynosił średnio 130 minut. Przed uzyskaniem zgody chorych na udział w badaniu i przed rozpoczęciem badania, pacjentów poinformowano o celu i przedmiocie badania oraz sposobie wypełniania kwestionariuszy. Ankieta była jednokrotnego wyboru. Pacjenci przy każdym z pytań mieli do wyboru kilka wariantów odpowiedzi.

7.3. Narzędzia badawcze

7.3.1. Rotterdamska Lista Objawów – The Rotterdam Symptom Checklist (RSCL)

RSCL jest narzędziem samoopisowym służącym do oceny jakości życia chorych na nowotwory. Pacjent zaznacza jedną z 4 odpowiedzi (wcale, raczej nie, raczej tak, bardzo znacznie), która najlepiej opisuje jego stan w ostatnim tygodniu przed badaniem.

RSCL obejmuje cztery wymiary:

- Skala objawów fizycznych obejmuje 23 pytania, odnoszące się do występowania u chorych na nowotwory i w populacji ogólnej takich stanów jak, np. zmęczenie, bóle głowy. Pytania dotyczące choroby nowotworowej i objawów niepożądanych leczenia: brak apetytu, ból głowy, zmęczenie, ból mięśni, biegunka, brak energii, wymioty, zawroty głowy, bóle brzucha, niski poziom libido, zaparcia, pieczenie, utrata włosów, krótki oddech, mrowienie rąk, nóg, suchość w ustach, pieczenie/ból oczu, pieczenie w przełyku, odbijanie.

- Skala objawów psychicznych, obejmuje 7 pytań. Nie brano pod uwagę objawów psychosomatycznych, m. in. zaburzeń snu i bólu głowy.

- Poziom aktywności obejmuje 8 pytań dotyczących stanu funkcjonowania i aktywności pacjenta oraz samodzielnej zdolności wykonywania pracy.

Do celów obecnego badania posłużono się wyłącznie skalą objawów fizycznych, co spowodowane było sprecyzowaniem zgłoszonych przez chorych dolegliwości [146].

7.3.2 Skala Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej -Mini–MAC (Scale of Mental Adjustment to Cancer)

Skala Mini–MAC opracowana M. Watson i wsp. (polska adaptacja autorstwa Z. Juczyńskiego) służy do oceny przystosowania do choroby nowotworowej, radzenia sobie z chorobą i jej konsekwencjami, którymi mogą być złe samopoczucie czy ból. Podczas choroby pojawia się konieczność radzenia sobie ze zmianami w jakości życia, ocena sposobów radzenia sobie z chorobą jest przydatna na etapie leczenia i rehabilitacji.

Skala Mini–MAC jest narzędziem samoopisowym, osoba badana zaznacza w skali czterostopniowej (zdecydowanie nie, raczej nie, raczej tak, zdecydowanie tak) jedną z odpowiedzi punktowanych 1–4, wypełnienie zajmuje 10–20 minut. Kwestionariusz zawiera 29 pytań, które określają cztery strategie radzenia sobie podczas choroby nowotworowej. Każdą ze strategii oblicza się indywidualnie.

Cztery strategie radzenia sobie z nowotworem wg Skali Mini–MAC obejmują:

1. Zaabsorbowanie lękowe – pytania dotyczą niepokoju, który spowodowany jest chorobą nowotworową, jako zagrożenie wywołujące u pacjenta lęk, nad którym nie może zapanować. Każda próba jest interpretowana jako oznaka pogorszenia stanu zdrowia.

2. Duch walki – pozwala pacjentowi na traktowanie choroby jako wyzwania do wykonania stanowczych kroków w celu zwalczania choroby. Pacjenci odrzucają negatywne myśli dotyczące przyszłości, jaka może ich czekać, a koncentrują się na tym, co mogą zrobić, żeby wrócić do życia bez choroby.

3. Bezradność–beznadziejność pacjenta wobec choroby. Chory poddaje się chorobie w sposób bierny.

4. Pozytywne przewartościowanie – Przeorganizowanie życia, w taki sposób, aby w całym negatywnym wymiarze choroby znaleźć zadowolenie i nadzieję z przeżytych lat.

Zaabsorbowanie lękowe oraz bezradność–beznadziejność wchodzą w skład stylu destrukcyjnego radzenia sobie z chorobą, a dwa pozostałe wymiary (duch walki i pozytywne przewartościowanie) odnoszą się do konstruktywnego stylu zmagania się z chorobą nowotworową [147].

7.3.3. Skala Akceptacji Choroby (AIS, Acceptance of Illness)

Skala Akceptacji Choroby (AIS) opracowana przez B. J. Felton i wsp. (adaptacja polska autorstwa Z. Juczyńskiego) zawiera 8 pytań. AIS służy do pomiaru stopnia akceptacji choroby przez pacjenta. Pacjent jest proszony o zaznaczenie przy każdym pytaniu jednej odpowiedzi, adekwatnej do aktualnego stanu psychicznego, w skali pięciostopniowej: 1 – oznacza, że zdecydowanie zgadza się ze stwierdzeniem, natomiast 5 – oznacza, że zdecydowanie nie zgadza się ze stwierdzeniem. Skala służy do oceny negatywnych skutków stanu zdrowia pacjenta, które dotyczą trudności narzuconych przez chorobę, co skutkuje brakiem samowystarczalności, poczuciem zależności od bliskich, i obniżeniem własnej wartości. Akceptacja choroby przez pacjenta przejawia się w malejącym stopniu nasilenia negatywnych emocji i reakcji na chorobę. W przypadku większej akceptacji choroby następuje lepsze przystosowanie i mniejsze poczucie dyskomfortu psychicznego. AIS jest stosowana do pomiaru akceptacji choroby nowotworowej i innych chorób u pacjentów dorosłych. Badanie można prowadzić indywidualnie i w małych grupach, zgodnie z zasadami opisanymi wyżej. Czas badania wynosi ok. 5–10 minut [148].

7.3.4. Zmodyfikowana Szpitalna Skala Lęku i Depresji – Hospital Anxiety and Deppression Scale- Modified (HADS-M)

Skala HADS-M jest zmodyfikowaną wersją HADS, autorzy wersji oryginalnej to A. S. Zigmond i R. P. Snaith. Polską wersję opracowali M. Majkowicz, K. de Walden-Gałuszko i G. Chojnacka-Szawłowska. HADS-M składa się z 14 pytań dotyczących lęku, i depresji. Każde pytanie zawiera 4 warianty odpowiedzi, pacjent proszony jest o zaznaczenie jednej z odpowiedzi, najlepiej oddającej obecny stan zdrowia psychicznego badanego. Czas wypełnienia kwestionariusza wynosi 5–15 minut. HADS-M wykazuje zadowalającą rzetelność.

Wiele narzędzi służy do oceny lęku i depresji u pacjentów psychiatrycznych. HADS-M pozwala na rozpoznanie zaburzeń psychicznych w innych grupach chorych, np. na nowotwory. Zaletami są zwięzłość, precyzyjne i zrozumiałe dla pacjenta pytania, proste obliczenia i interpretacja wyników [149].

7.3.5. Inwentarz Depresji Becka II – Beck Depression Inventory (BDI–II)

Autorami Inwentarza Depresji Becka (BDI-II; wydanie drugie) są A. Beck i wsp. (autorzy adaptacji polskiej: E. Łojek, J. Stańczak). Kwestionariusz BDI-II powstał na bazie BDI-I, w której zmieniono cztery pozycje. Kwestionariusz samoopisowy składa się z 21 pytań dotyczących występowania objawów depresji. Każda odpowiedź punktowana jest od 0 (objawy nie występują) do 3 (największe nasilenie objawów). Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić: brak depresji, depresję łagodną, umiarkowaną i ciężką. Pacjenci proszeni są o zaznaczenie przy każdym pytaniu jednej odpowiedzi. Jest to narzędzie przesiewowe, które służy do wstępnej oceny objawów.

BDI-II służy do oceny obecności i natężenia objawów depresji zgodnie z DSM-IV. BDI-II wykazuje zadowalającą trafność w rozpoznaniu epizodów depresji zgodnie z przyjętymi kryteriami, co umożliwia różnicowanie innych zaburzeń depresyjnych. Narzędzie cechuje zadowalająca rzetelność mierzona zgodnością wewnętrzną i stabilnością wyników. Wynik BDI-II nie decyduje o diagnozie psychiatrycznej, która należy do kompetencji lekarza psychiatry [150].

7.3.6. Ankieta własna

Ankieta własna obejmowała: wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny, czas od rozpoznania choroby nowotworowej, czy pacjent otrzymał informację dotyczące leczenia cytostatykami. Przy powtórnym badaniu pacjentów, pytano chorych jakie cytostatyki stosowano, jaka była reakcja na dotychczasową chemioterapię i samopoczucie podczas leczenia chemicznego.

7.4. Metody statystyczne

Dla wszystkich zmiennych "zależnych" i "niezależnych", wyrażonych w skali porządkowej, obliczano wartości estymatorów podstawowych parametrów opisowych: wartości średniej, odchylenia standardowego, a także minimum (kwartyl 0), Q_1 (kwartyl 1), Me (mediana), Q_3 (kwartyl 3), maksimum (kwartyl 4).

W ramach zasadniczej analizy statystycznej (porównanie badanych grup – kobiet i mężczyzn) wykorzystano test Mana–Whitneya. W teście tym weryfikowana jest hipoteza zakładająca, iż dwie próby pochodzą z tej samej populacji lub też, że dwie populacje, z których pobrano próby, mają taki sam rozkład. Test ten jest powszechnie uznawany za najlepszą alternatywę dla parametrycznego testu t dla dwóch średnich, a w przypadku analizy zmiennych wyrażonych w skali porządkowej, bądź negatywnej weryfikacji normalności rozkładu (test Shapiro-Wilka) jest praktycznie jedynym testem możliwym do zastosowania.

Dla oceny znamienności zmian poziomu lęku i depresji w kolejnych etapach chemioterapii zastosowano nieparametryczny test Friedmana, a w przypadkach uzyskania znamienności statystycznej, uzupełniająco wykorzystano test post-hoc w wariancie Dunn-Bonferroniego.

Ocenę znamienności różnic poziomu lęku i depresji dla trzech prób (poziom wykształcenia), przeprowadzono za pomocą nieparametrycznego testu Kruskala-Wallisa.

Weryfikację hipotez o niezależności dwóch cech wyrażonych w skali nominalnej przeprowadzono za pomocą testu niezależności. Test niezależności χ^2 dla tabel czteropolowych w uzasadnionych przypadkach zastępowano testem dokładnym F (znikome bądź zerowe liczebności w tabeli czteropolowej).

W pracy została użyta ponadto analiza korelacji, która posłużyła do zbadania czy dwie zmienne są ze sobą istotnie statystycznie powiązane. Obliczano wartość współczynnika korelacji Pearsona, który poddawano weryfikacji statystycznej za pomocą parametrycznego testu opartego na statystyce *t* Studenta. Na jej podstawie, wykorzystując rozkład *t* Studenta, ustalano wartość *p*.

Znamienność statystyczną oceniano po porównaniu wyznaczonej z odpowiedniego rozkładu prawdopodobieństwa wartości *p* z poziomem znamienności α=0,05. W przypadkach kiedy $p<\alpha$ formułowano wniosek o uzyskaniu znamienności statystycznej, w przeciwnym razie ($p>\alpha$) stwierdzano brak znamienności statystycznej [151].

Wyniki testów Manna-Whitneya, Friedmana i Kruskala-Wallisa przedstawiono w formie graficznej, natomiast wyniki testu niezależności i analizy korelacji w formie tabelarycznej.

8. Wyniki

Wiek kobiet mieścił się w zakresie 30–83 lat, średnia wyniosła 60,2 ± 13,2 lat, w grupie mężczyzn, odpowiednio 34–83 i 62,1 ± 10,9 lat. Większość kobiet (37,5%) mieszkała na wsi i w mieście poniżej 50 tysięcy mieszkańców. Połowa (50%) mężczyzn z kolei mieszkała na wsi. W zakresie wykształcenia w grupie kobiet dominowało wykształcenie średnie, a wśród mężczyzn wykształcenie zawodowe. Większość kobiet (65%) i mężczyzn (62,5%) była w związku małżeńskim. Jak prezentuje to tabela 1 między badanymi grupami chorych nie stwierdzono różnic znamiennych statystycznie w odniesieniu do wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia i stanu cywilnego.

Tabela 1. Dane socjodemograficzne badanych chorych

Cecha	**Grupa 1 Kobiety (n = 40)**		**Grupa 2 Mężczyźni (n = 40)**		**Wartość p** (test Manna–Whitneya)
Wiek (lata)	Średnia (zakres)	SD	Średnia (zakres)	SD	
	60,2 (32–85)	13,2	62,1 (32–81)	10,9	p = 0,627
	n	%	n	%	**Wartość p** (test χ^2)
Miejsce zamieszkania					
Wieś	15	37,5%	20	50,0%	p = 0,105
Miasto < 50 tys.	13	32,5%	5	12,5%	
Miasto 50–100 tys.	6	15,0%	4	10,0%	
Miasto > 100 tys.	6	15,0%	11	27,5%	
Wykształcenie					
Zawodowe	11	27,5%	17	42,5%	p = 0,351
Średnie	19	47,5%	14	35,0%	
Wyższe	10	25,0%	9	22,5%	
Stan cywilny					
Pana/Kawaler	6	15,0%	1	2,5%	p = 0,152
Mężatka/Żonaty	26	65,0%	25	62,5%	
Rozwiedziona/Rozwiedziony	3	7,5%	6	15,0%	
Wdowa/Wdowiec	5	12,5%	8	20,0%	

SD – odchylenie standardowe

W zakresie charakterystyki klinicznej pacjentów czas trwania choroby od rozpoznania do pierwszego kursu chemioterapii u badanych kobiet i u mężczyzn najczęściej mieścił się w przedziale 4–12 miesięcy (tabela 2). Praktycznie wszyscy badani uzyskali informacje na czym polega leczenie cytostatykami.

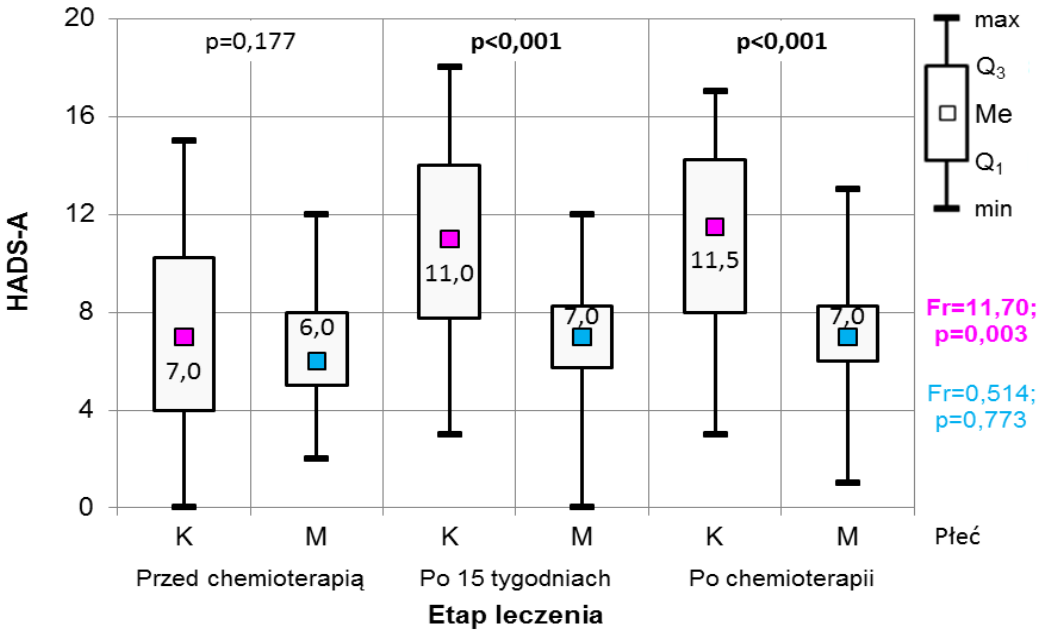
Tabela 2. Charakterystyka kliniczna badanych chorych

Cecha	**Grupa 1 Kobiety (n = 40)**		**Grupa 2 Mężczyźni (n = 40)**		**Wartość p**
	n	%	n	%	
Czas trwania choroby od rozpoznania do pierwszego kursu chemioterapii					
Do 4 miesięcy	12	30,0%	6	15,0%	p=0,129
4–12 miesięcy	25	62,5%	33	82,5%	
13–24 miesiące	3	7,5%	1	2,5%	
Uzyskanie informacji, na czym polega leczenie cytostatykami					
Tak	40	100,0%	39	97,5%	Test dokładny F p=0,500
Nie	0	0,0%	1	2,5%	

Czynniki społeczno–demograficzne

1. Czy istnieje różnica w poziomie lęku i depresji w badanych grupach chorych ze względu na ich płeć w kolejnych etapach chemioterapii?

Jak prezentuje to rycina 1 przed chemioterapią nie stwierdzono różnicy znamiennej statystycznie pomiędzy kobietami, a mężczyznami w zakresie poziomu lęku (HADS-A, test Manna-Whitneya, p = 0,177).



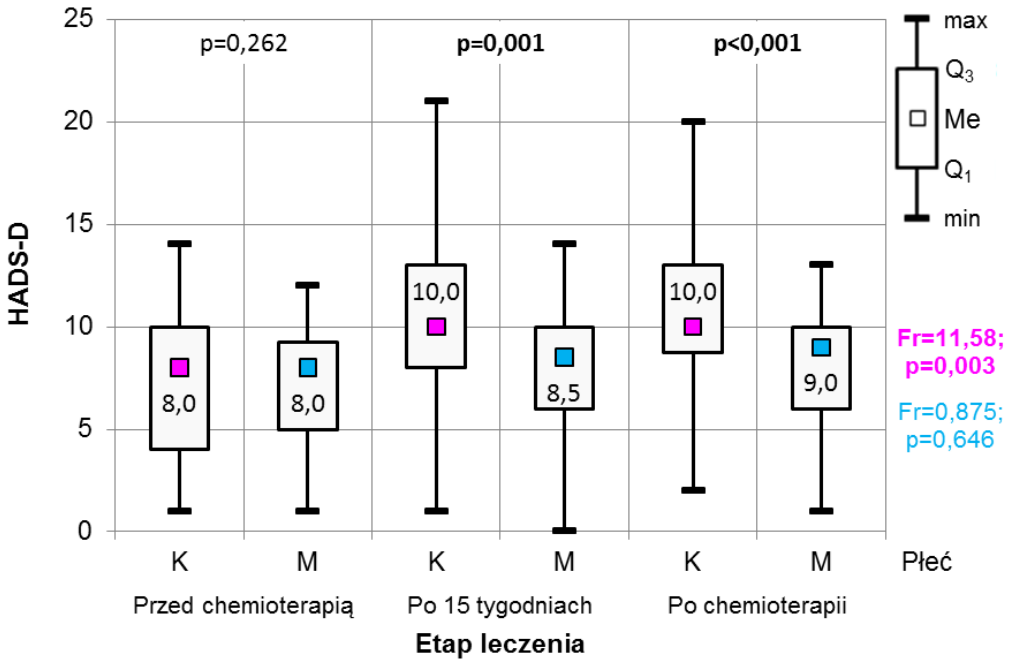
	Przed chemioterapią		Po 15 tygodniach		Po chemioterapii	
Płeć	K	M	K	M	K	M
Średnia	7,33	6,63	10,93	6,83	11,15	6,80
SD	3,65	2,34	4,08	2,86	3,81	2,92

Ryc.1. Poziom lęku wg HADS-A u kobiet i mężczyzn w kolejnych etapach leczenia (test Manna-Whitneya i Friedmana)

Zarówno po 15 tygodniach, jak i po zakończeniu chemioterapii stwierdzono zdecydowanie wyższy poziom lęku u kobiet (**p<0,001**) w porównaniu z mężczyznami. Wynik testu Friedmana (Fr=11,70; **p=0,003**) wskazuje, że w grupie kobiet zaobserwowano znamienne statystycznie zmiany poziomu lęku. Wyniki testu post-hoc Dunn-Bonferroniego pozwalają stwierdzić, że po 15 tygodniach chemioterapii nastąpił u kobiet znamienny wzrost poziomu lęku (**p=0,033**). Podwyższony poziom lęku utrzymał się do zakończenia chemioterapii i był znamiennie większy w porównaniu do momentu rozpoczęcia chemioterapii (**p=0,002**). W grupie mężczyzn nie stwierdzono różnic poziomu lęku w całym okresie obserwacji (Fr=0,514; p=0,773). Bezpośrednio pod ryciną zamieszczono wartości średnie i odchylenia standardowe poziomu lęku.

Poziom depresji wg HADS-D (ryc. 2) przed chemioterapią nie różnił się pomiędzy kobietami, a mężczyznami (p=0,262). Po 15 tygodniach (**p=0,001**) i po zakończeniu chemioterapii (**p<0,001**) poziom depresji u kobiet był w porównaniu do mężczyzn jednoznacznie wyższy.

Analiza poziomu depresji w czasie leczenia za pomocą testu Friedmana prowadzi do wniosku, że u kobiet zaobserwowano znamienne zmiany (Fr=11,58; **p=0,003**). Podobnie jak w przypadku poziomu lęku, poziom depresji podniósł się znamiennie po 15 tygodniach chemioterapii (**p=0,024**). Po zakończeniu chemioterapii poziom depresji był u kobiet znamiennie wyższy w porównaniu do momentu rozpoczęcia chemioterapii (**p=0,005**). Zmiana poziomu depresji między 15 tygodniem chemioterapii i momentem jej zakończenia nie wykazała w świetle wyniku testu Dunn-Bonferroniego cech znamienności statystycznej (p=0,864). Identyczna analiza statystyczna w grupie mężczyzn prowadzi do wniosku, że zmiany poziomu depresji wg HADS-D nie były znamienne statystycznie (Fr=0,875; p=0,646). Pod ryciną zamieszczono wartości średnie i odchylenia standardowe poziomu depresji u kobiet i mężczyzn.

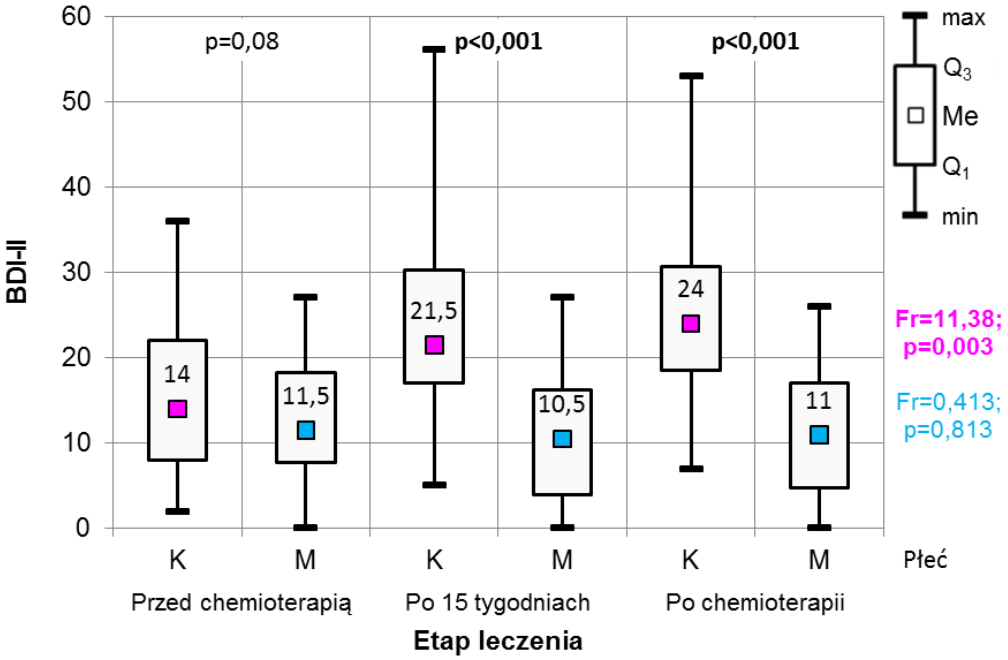


	Przed chemioterapią		Po 15 tygodniach		Po chemioterapii	
Płeć	K	M	K	M	K	M
Średnia	6,90	7,45	10,5	7,58	10,65	9,09
SD	3,35	2,99	3,92	3,58	3,95	3,93

Ryc.2. Poziom depresji wg HADS-D u kobiet i mężczyzn w kolejnych etapach leczenia (test Manna-Whitneya i Friedmana)

Na rycinie 3 przedstawiono wyniki analizy statystycznej dla poziomu depresji określonego za pomocą inwentarza depresji Becka (BDI-II). Wyniki testu Manna-Whitneya zastosowanego do porównania poziomu depresji u kobiet i mężczyzn w kolejnych etapach leczenia wskazują, że w momencie jego rozpoczęcia nie stwierdzono różnicy znamiennej statystycznie (p=0,080), a po 15 tygodniach i po zakończeniu chemioterapii u kobiet był on jednoznacznie wyższy, osiągając znamienność **p<0,001**.

W świetle wyniku testu Friedmana zmiany poziomu depresji wg BDI-II były u kobiet znamienne statystycznie (Fr=11,38; **p=0,003**), natomiast u mężczyzn utrzymywały się na porównywalnym poziomie (Fr=0,413; p=0,813). Poziom depresji u kobiet wzrastał w kolejnych etapach chemioterapii i na jej zakończenie był wyraźnie wyższy, na co wskazuje wynik testu post-hoc Dunn-Bonferroniego (**p=0,002**).



	Przed chemioterapią		Po 15 tygodniach		Po chemioterapii	
Płeć	K	M	K	M	K	M
Średnia	15,23	12,38	24,78	10,68	25,73	10,75
SD	8,15	7,62	13,84	7,37	12,44	7,20

Ryc.3. Poziom depresji wg BDI-II u kobiet i mężczyzn w kolejnych etapach leczenia (test Manna–Whitneya i Friedmana)

2. Czy poziom lęku i depresji w kolejnych etapach chemioterapii koreluje z wiekiem chorych?

W tabeli 3 zebrano wyniki analizy korelacji między wiekiem badanych i poziomem lęku i depresji. W grupie kobiet nie wykazano znamiennej statystycznie korelacji wieku z poziomem lęku (HADS-A) i poziomem depresji (HADS-D i BDI-II) w momencie rozpoczęcia chemioterapii. W grupie mężczyzn przed rozpoczęciem chemioterapii uzyskano znamienną, dodatnią korelację wieku z wynikami uzyskanymi za pomocą inwentarza BDI-II. Starsi mężczyźni wykazywali podwyższony poziom depresji.

Tabela 3. Ocena znamienności korelacji między wiekiem i poziomem lęku i depresji

Zmienna niezależna: wiek chorych						
Płeć	Kobiety			Mężczyźni		
Zmienne zależne:	BDI-II	HADS-A	HADS-D	BDI-II	HADS-A	HADS-D
Przed chemioterapią						
Wsp. korelacji r	0,134	0,131	0,045	0,308	0,200	0,138
Statystyka t	0,834	0,816	0,275	1,995	1,259	0,861
p	0,205	0,210	0,392	**0,027**	0,108	0,197
Po 15 tygodniach						
Wsp. korelacji r	0,620	0,669	0,636	0,376	0,210	0,228
Statystyka t	4,867	5,553	5,077	2,500	1,323	1,446
p	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**0,008**	0,097	0,078
Po chemioterapii						
Wsp. korelacji r	0,620	0,706	0,643	0,351	0,295	0,255
Statystyka t	4,875	6,145	5,171	2,313	1,901	1,625
p	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**0,013**	**0,032**	0,056

BDI-II: Poziom depresji wg Inwentarza Depresji Becka

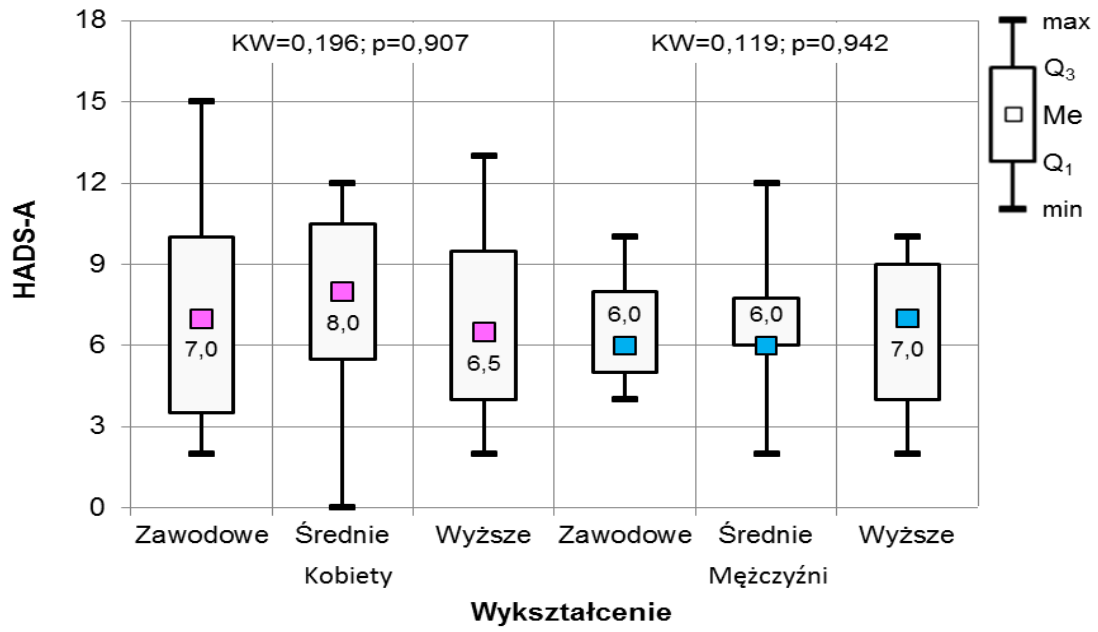
HADS-A: Poziom Lęku wg Szpitalnej Skali Lęku i Depresji

HADS-D: Poziom Depresji wg Szpitalnej Skali Lęku i Depresji

Po 15 tygodniach chemioterapii w grupie kobiet wiek dodatnio korelował z poziomem lęku i depresji. Korelacje te osiągnęły poziom znamienności **p<0,001**. W grupie mężczyzn wiek statystycznie znamiennie (dodatnio) korelował w 15 tygodniu chemioterapii jedynie z wynikami oceny depresji wg BDI-II. Po zakończeniu chemioterapii w grupie kobiet uzyskano znamienne, dodatnie korelacje wieku z lękiem (HADS-A) i depresji (BDI-II, HADS-D). Natomiast w grupie mężczyzn po zakończeniu leczenia znamienne, dodatnie korelacje wieku uzyskano z lękiem (HADS-A), i depresją (BDI-II). Wszystkie korelacje w grupie kobiet są silne. Natomiast korelacje w grupie mężczyzn są wyraźnie słabsze.

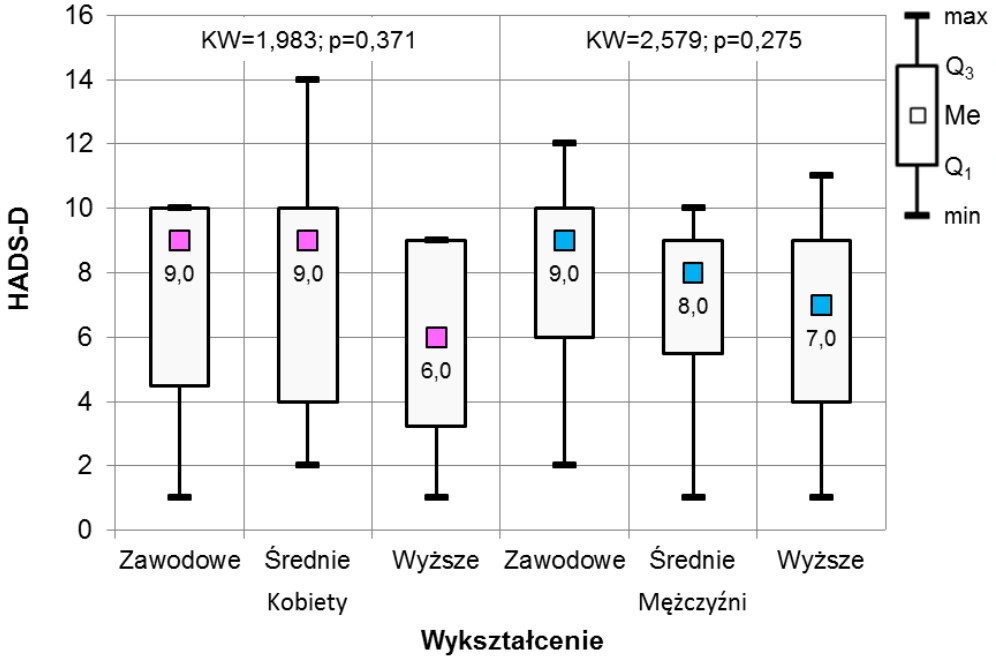
3. Czy istnieje różnica w poziomie lęku i depresji w kolejnych etapach chemioterapii ze względu na wykształcenie chorych?

Ocenę znamienności różnic poziomu lęku (HADS-A) i depresji (HADS-D i BDI-II) w odniesieniu do wykształcenia chorych przeprowadzono za pomocą testu Kruskala-Wallisa. W każdym analizowanym przypadku nie uzyskano znamienności statystycznej, co oznacza brak wpływu wykształcenia chorych na poziom odczuwania lęku i depresji. Wyniki tej analizy przedstawiono na rycinach 4-12.



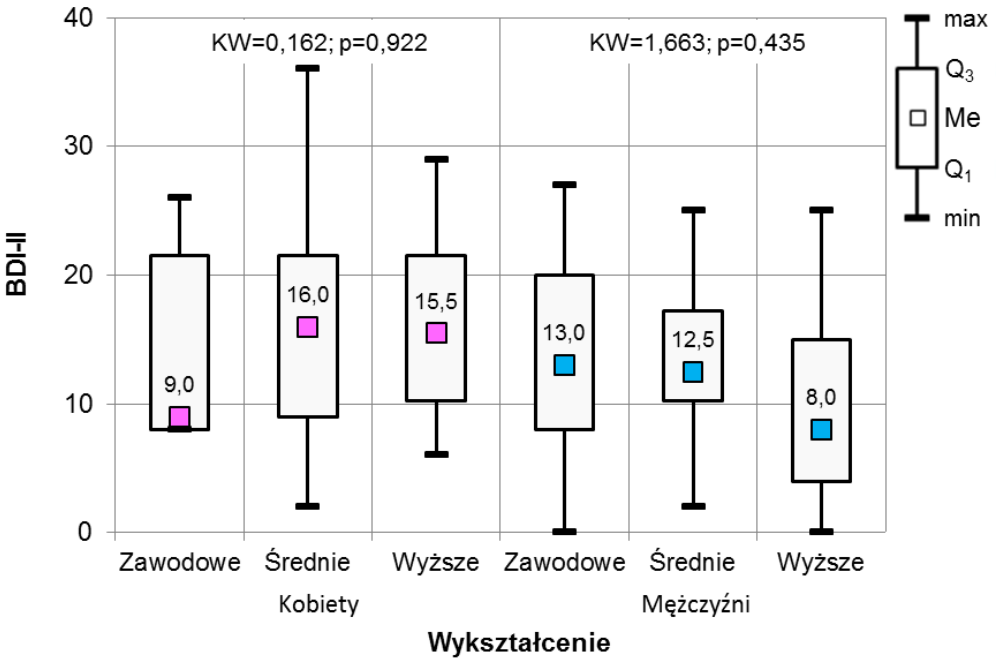
Wykształcenie	Zawodow	Średnie	Wyższe	Zawodow	Średnie	Wyższe
Średnia	7,5	7,5	6,9	6,8	6,6	6,3
SD	4,2	3,4	3,8	2,1	2,3	3,0

Ryc.4. Poziom lęku wg HADS-A u kobiet i mężczyzn przed rozpoczęciem chemioterapii w zależności od wykształcenia (test Kruskala-Wallisa)



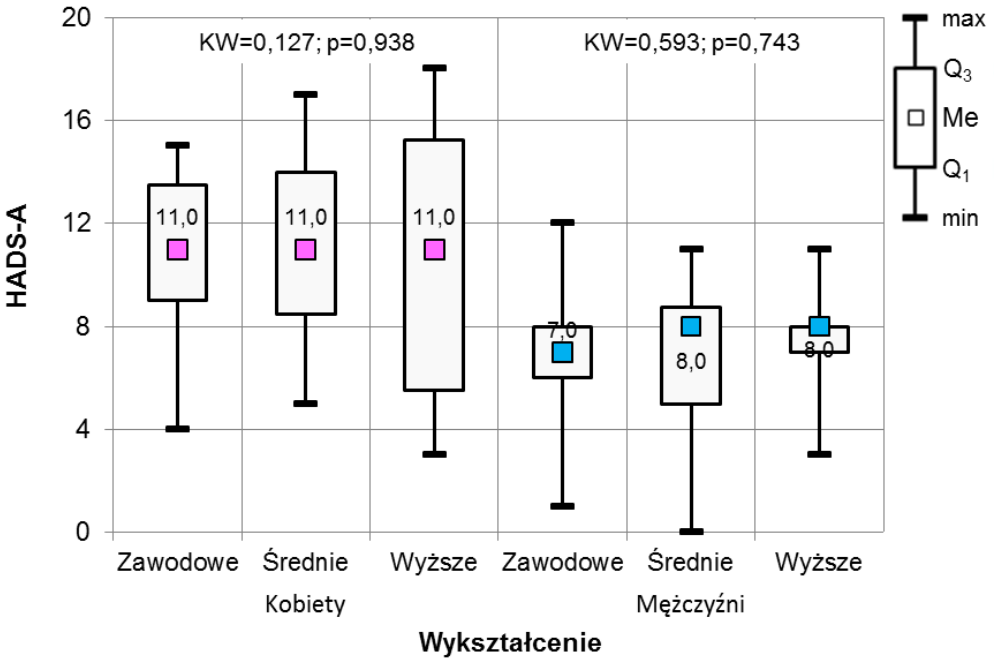
Wykształcenie	Zawodowe	Średnie	Wyższe	Zawodowe	Średnie	Wyższe
Średnia	7,1	7,3	5,9	8,3	7,1	6,4
SD	3,5	3,5	3,1	2,7	2,8	3,6

Ryc.5. Poziom depresji wg HADS-D u kobiet i mężczyzn przed rozpoczęciem chemioterapii w zależności od wykształcenia (test Kruskala-Wallisa)



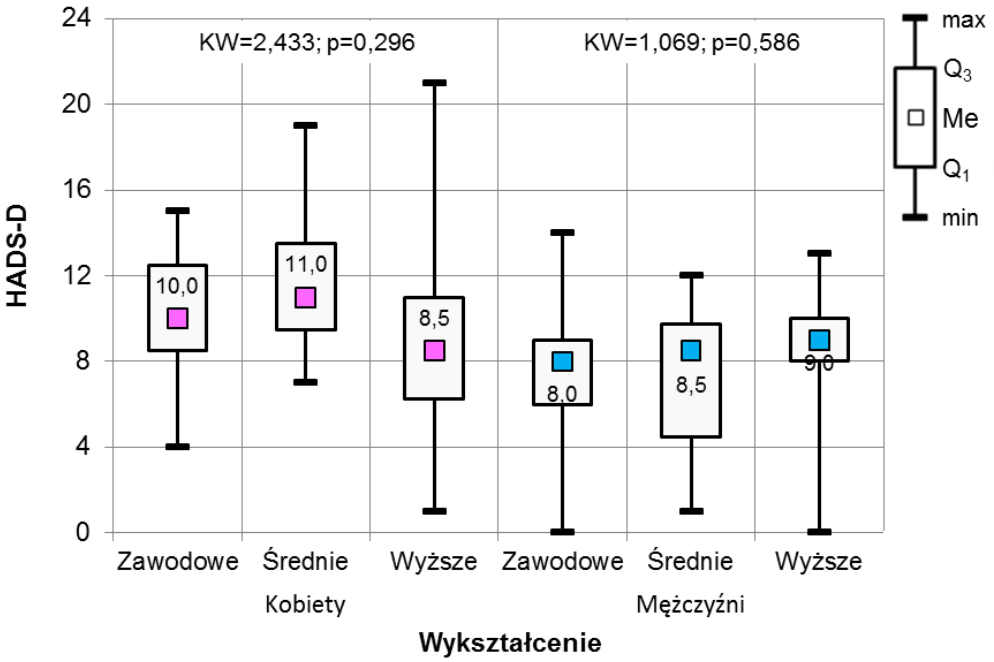
Wykształcenie	Zawodowe	Średnie	Wyższe	Zawodowe	Średnie	Wyższe
Średnia	14,4	15,4	15,8	13,5	12,7	9,7
SD	7,6	9,0	7,7	7,9	7,2	7,9

Ryc.6. Poziom depresji wg BDI-II u kobiet i mężczyzn przed rozpoczęciem chemioterapii w zależności od wykształcenia (test Kruskala-Wallisa)



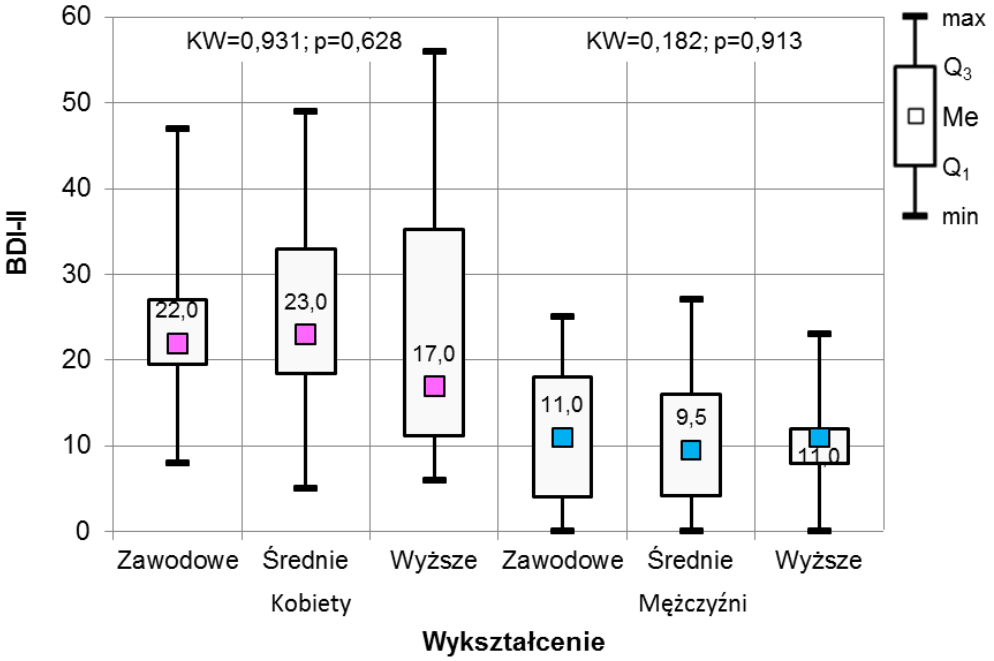
Wykształcenie	Zawodowe	Średnie	Wyższe	Zawodowe	Średnie	Wyższe
Średnia	10,7	11,2	10,6	6,6	6,6	7,4
SD	3,5	3,7	5,5	2,8	3,4	2,2

Ryc.7. Poziom lęku wg HADS-A u kobiet i mężczyzn po 15 tygodniach w zależności od wykształcenia (test Kruskala-Wallisa)



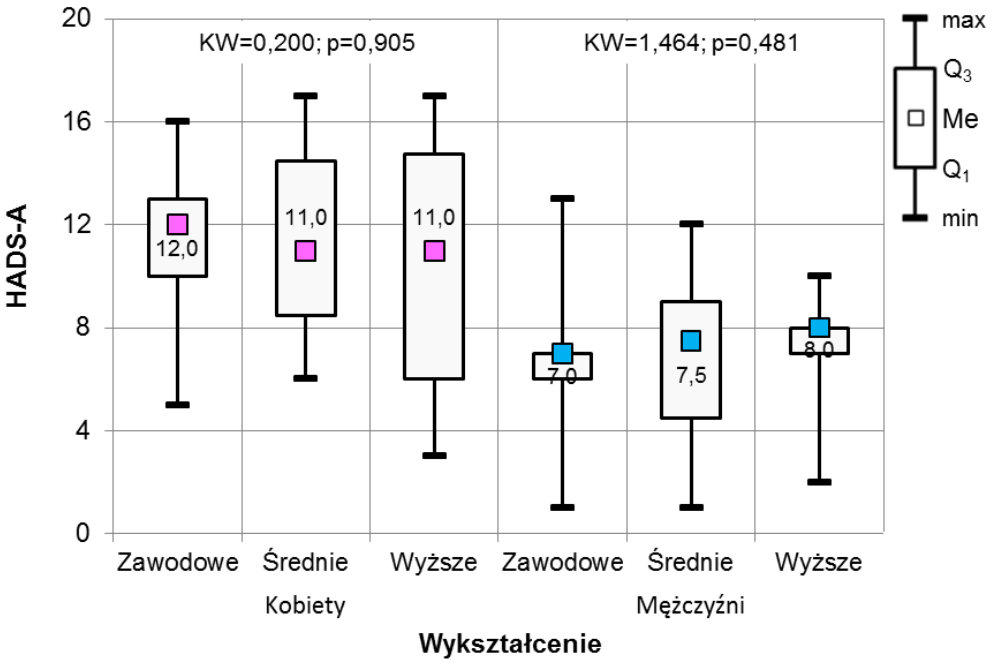
Wykształcenie	Zawodowe	Średnie	Wyższe	Zawodowe	Średnie	Wyższe
Średnia	10,2	11,4	9,2	7,3	7,4	8,4
SD	3,3	3,1	5,6	3,8	3,5	3,7

Ryc.8. Poziom depresji wg HADS-D u kobiet i mężczyzn po 15 tygodniach w zależności od wykształcenia (test Kruskala-Wallisa)



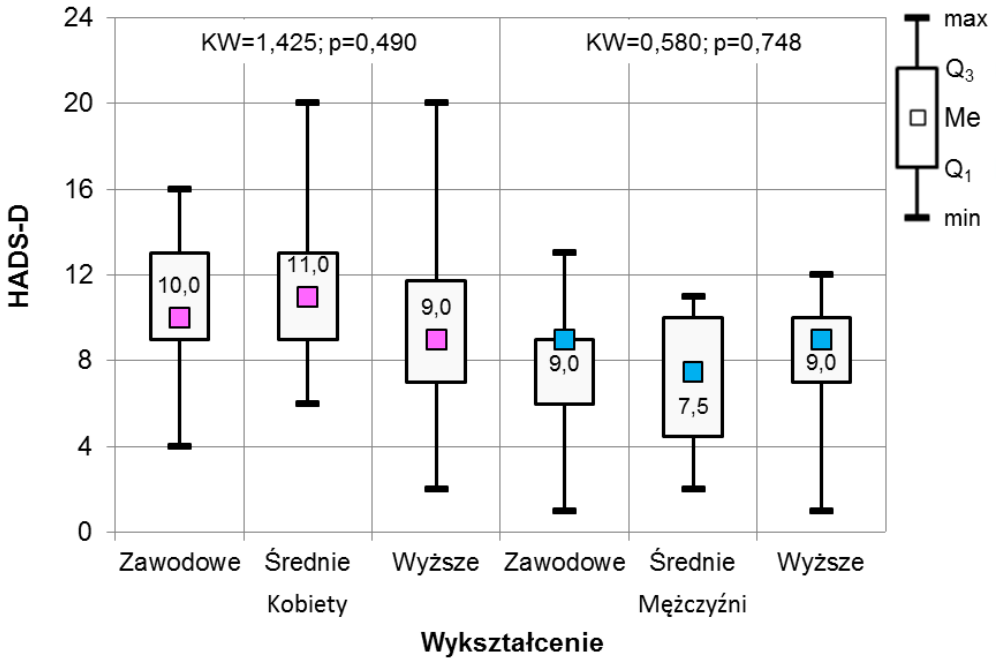
Wykształcenie	Zawodowe	Średnie	Wyższe	Zawodowe	Średnie	Wyższe
Średnia	14,4	15,4	15,8	13,5	12,7	9,7
SD	7,6	9,0	7,7	7,9	7,2	7,9

Ryc.9. Poziom depresji wg BDI-II u kobiet i mężczyzn po 15 tygodniach w zależności od wykształcenia (test Kruskala-Wallisa)



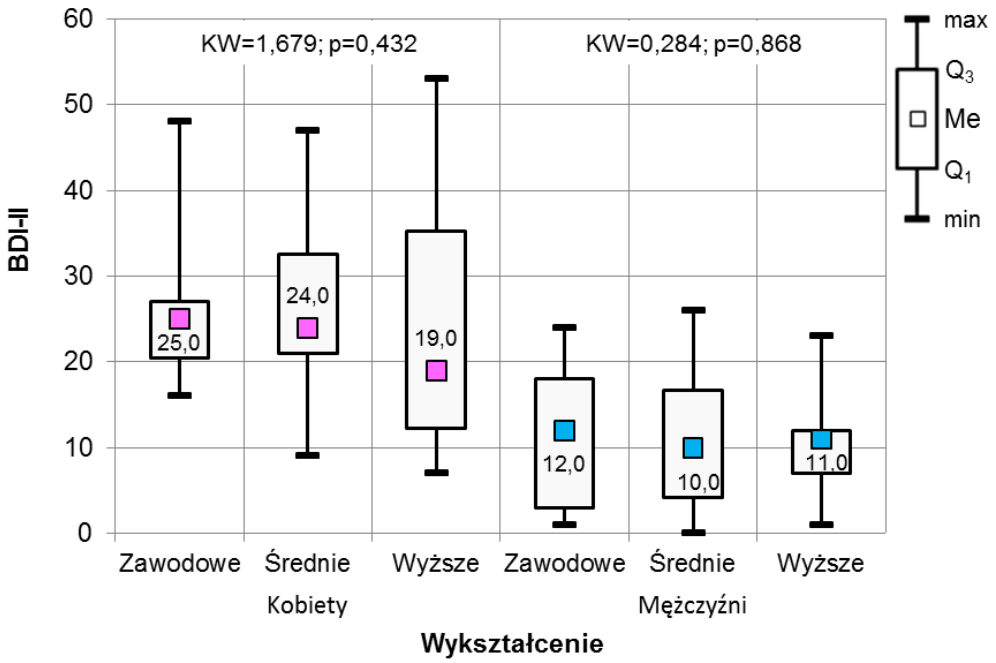
Wykształcenie	Zawodowe	Średnie	Wyższe	Zawodowe	Średnie	Wyższe
Średnia	11,3	11,4	10,5	6,6	6,7	7,3
SD	3,3	3,6	5,0	3,0	3,3	2,2

Ryc.10. Poziom lęku wg HADS-A u kobiet i mężczyzn po zakończeniu chemioterapii w zależności od wykształcenia (test Kruskala-Wallisa)



Wykształcenie	Zawodowe	Średnie	Wyższe	Zawodowe	Średnie	Wyższe
Średnia	10,4	11,4	9,6	7,5	7,0	8,3
SD	3,5	3,4	5,3	3,4	3,3	3,3

Ryc.11. Poziom depresji wg HADS-D u kobiet i mężczyzn po zakończeniu chemioterapii w zależności od wykształcenia (test Kruskala-Wallisa)



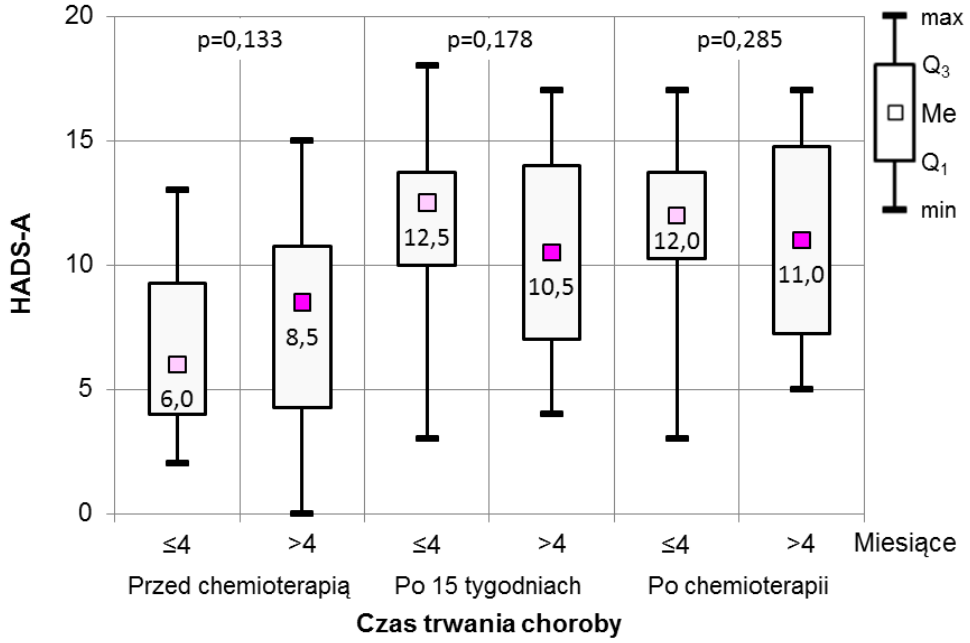
Wykształcenie	Zawodowe	Średnie	Wyższe	Zawodowe	Średnie	Wyższe
Średnia	26,7	26,2	23,7	11,1	10,3	10,8
SD	9,6	12,1	16,4	7,4	8,0	6,5

Ryc.12. Poziom depresji wg BDI-II u kobiet i mężczyzn po 15 tygodniach w zależności od wykształcenia (test Kruskala-Wallisa)

Czynniki kliniczne

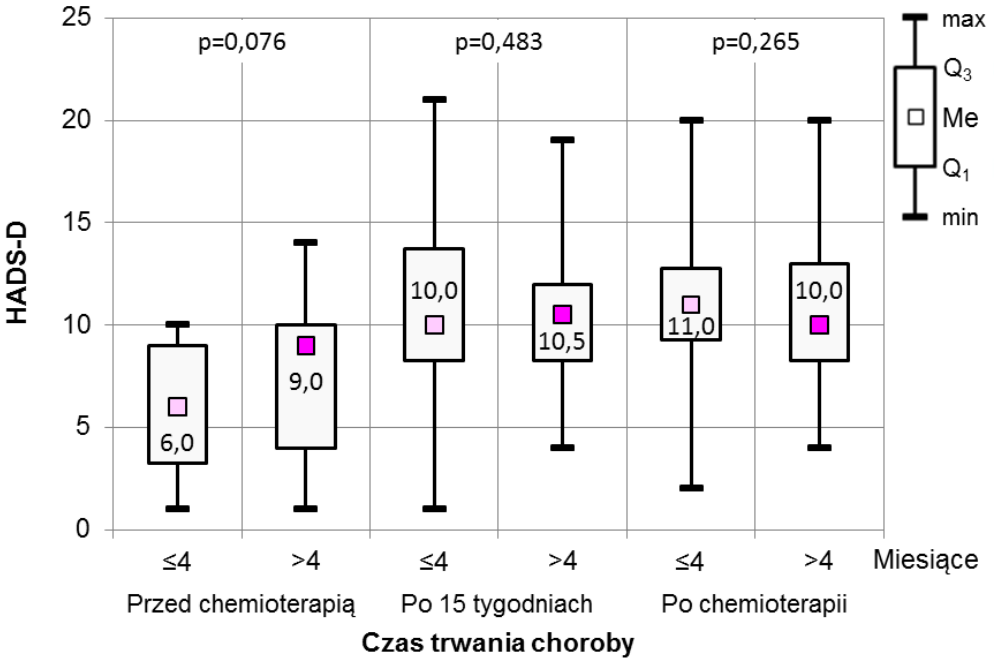
4. Czy istnieją różnice w nasileniu lęku i depresji u kobiet i mężczyzn w kolejnych etapach chemioterapii ze względu na czas trwania choroby?

Ponieważ tylko 3 kobiety i 1 mężczyzna zadeklarowali okres trwania choroby dłuższy niż 12 miesięcy uwzględnianie w analizie statystycznej podgrup z tak znikomymi liczebnościami mogłoby wyraźnie wpłynąć na wiarygodność uzyskanych wyników. W tej sytuacji, zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn utworzono podgrupę chorych dłużej niż 4 miesiące, a analizę wpływu okresu trwania choroby przeprowadzono za pomocą testu Manna-Whitneya. Wyniki tej analizy przedstawiono na rycinach 13 do 15 (dla kobiet) i 16 do 18 (dla mężczyzn). W żadnym z analizowanych przypadków nie uzyskano znamienności statystycznej, co oznacza brak wpływu czasu trwania choroby na nasilenie lęku i depresji w trakcie leczenia chemioterapią.



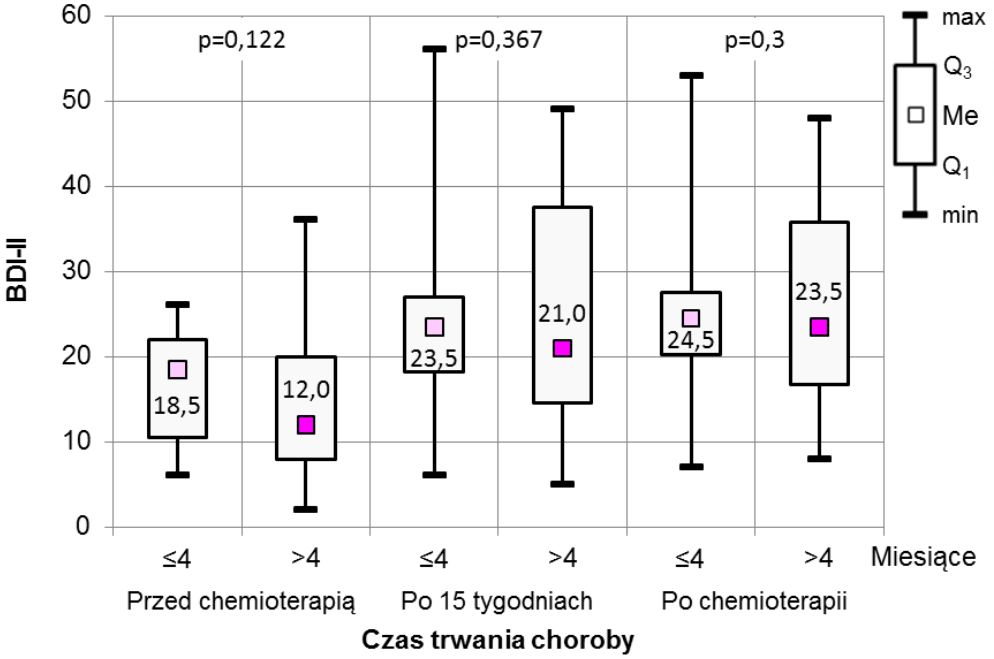
	Przed chemioterapią		Po 15 tygodniach		Po chemioterapii	
Średnia	6,50	3,52	11,79	4,30	11,57	3,84
SD	7,77	3,70	10,46	3,96	10,92	3,85

Ryc.13. Poziom lęku wg HADS-A u kobiet w kolejnych etapach leczenia w zależności od czasu trwania choroby (test Manna-Whitneya)



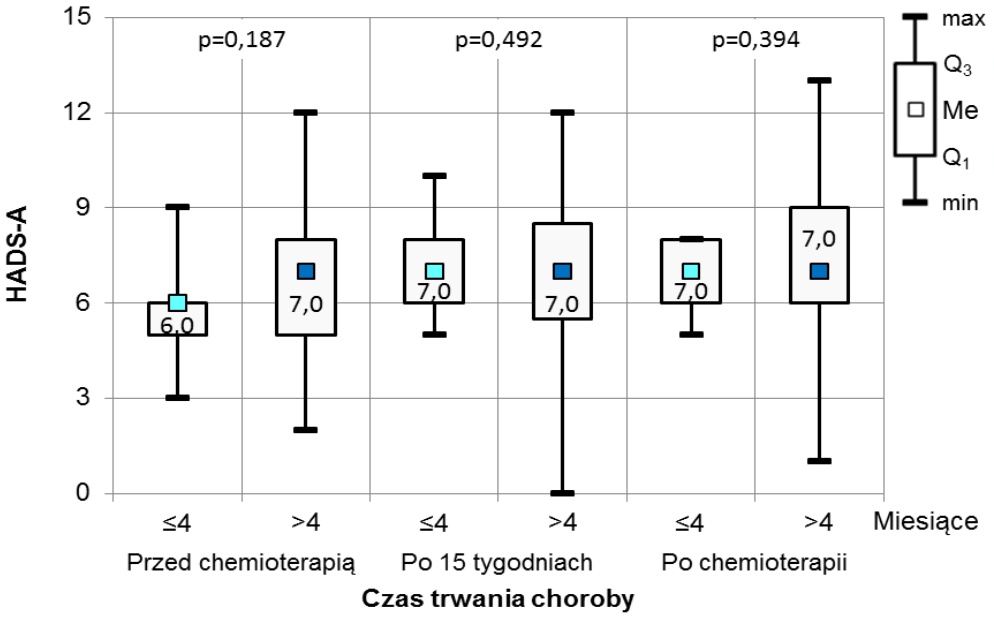
	Przed chemioterapią		Po 15 tygodniach		Po chemioterapii	
Średnia	5,93	3,15	10,64	4,75	11,07	4,36
SD	7,42	3,40	10,42	3,50	10,42	3,79

Ryc.14. Poziom depresji wg HADS-D u kobiet w kolejnych etapach leczenia w zależności od czasu trwania choroby (test Manna-Whitneya)



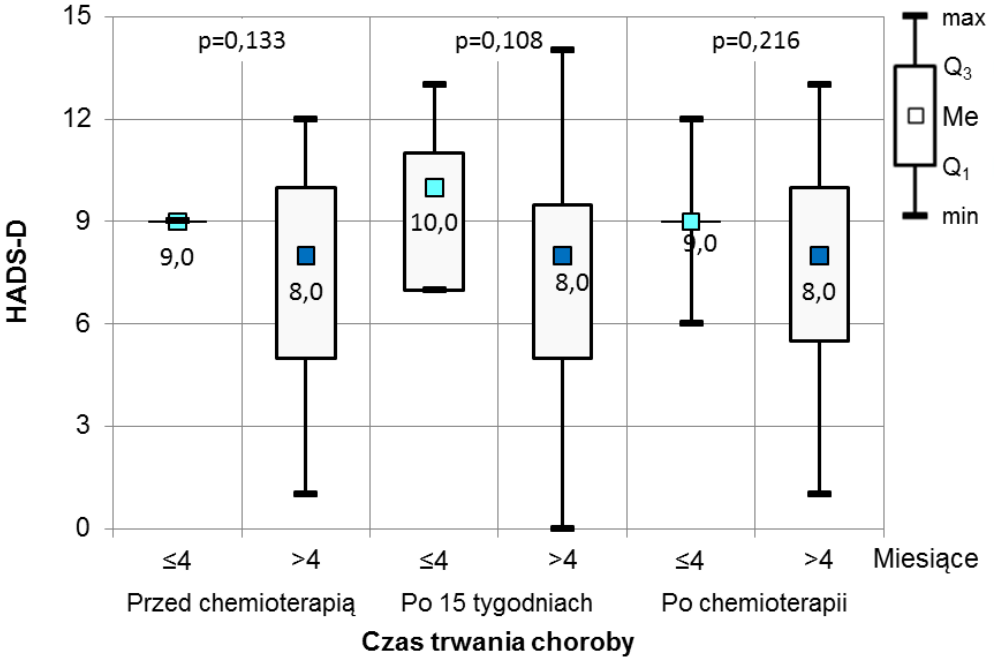
	Przed chemioterapią		Po 15 tygodniach		Po chemioterapii	
Średnia	16,79	6,65	25,43	13,48	26,29	12,33
SD	14,39	8,86	24,42	14,12	25,42	12,73

Ryc.15. Poziom depresji wg BDI-II u kobiet w kolejnych etapach leczenia w zależności od czasu trwania choroby (test Manna-Whitneya)



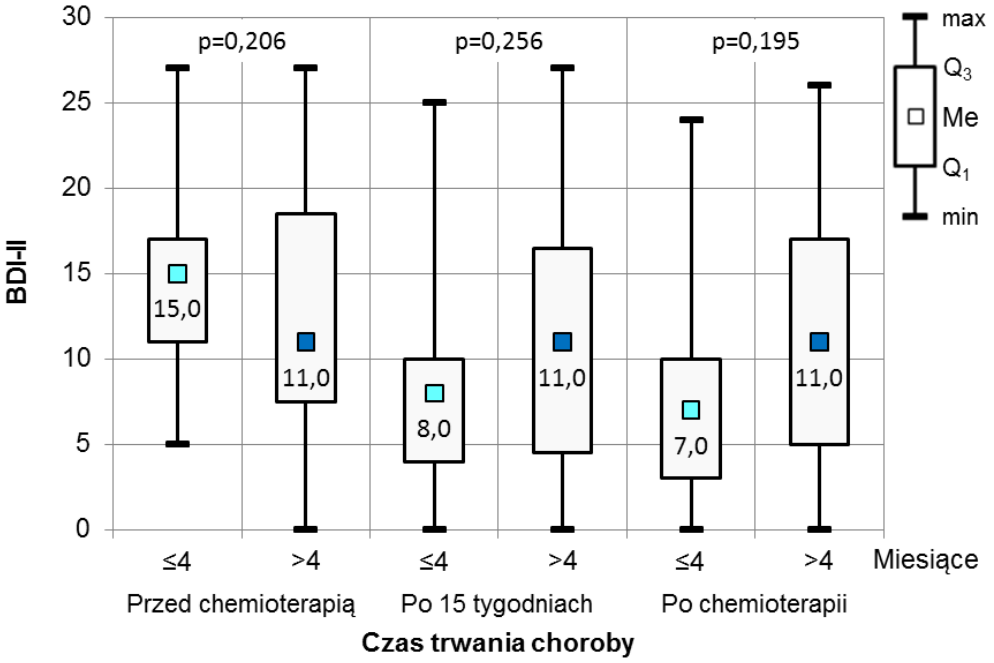
	Przed chemioterapią		Po 15 tygodniach		Po chemioterapii	
Średnia	5,80	2,17	7,20	1,92	6,80	1,30
SD	6,74	2,37	6,77	2,99	6,80	3,09

Ryc.16. Poziom lęku wg HADS-A u mężczyzn w kolejnych etapach leczenia w zależności od czasu trwania choroby (test Manna-Whitneya)



	Przed chemioterapią		Po 15 tygodniach		Po chemioterapii	
Średnia	9,00	0,00	9,60	2,61	9,00	2,12
SD	7,23	3,14	7,29	3,63	7,31	3,37

Ryc.17. Poziom depresji wg HADS-D u mężczyzn w kolejnych etapach leczenia w zależności od czasu trwania choroby (test Manna-Whitneya)



	Przed chemioterapią		Po 15 tygodniach		Po chemioterapii	
Średnia	15,00	8,12	9,40	9,53	8,80	9,31
SD	12,00	7,59	10,86	7,17	11,03	7,01

Ryc.18. Poziom depresji wg BDI-II u mężczyzn w kolejnych etapach leczenia w zależności od czasu trwania choroby (test Manna–Whitneya)

5. Czy poziom lęku i depresji u kobiet i mężczyzn w kolejnych etapach chemioterapii koreluje z objawami fizycznymi wg RSCL?

W tabeli 4 zestawiono wyniki analizy korelacji między objawami fizycznymi ocenionymi za pomocą Rotterdamskiej Listy Objawów i poziomem lęku oraz depresji.

W grupie kobiet, w początkowym etapie (przed chemioterapią), uzyskano znamienne korelacje między objawami fizycznymi i poziomem depresji (BDI-II) i lęku (HADS-A). Obydwie były dodatnie, co oznacza, że poziom lęku i depresji był wyższy u tych kobiet, które zgłaszały bardziej nasilone objawy fizyczne. W tym samym badaniu u mężczyzn uzyskano znamienną, dodatnią korelację objawów fizycznych jedynie z poziomem depresji wg BDI-II.

W analizie korelacji przeprowadzonej dla danych zebranych po 15 tygodniach oraz po zakończeniu leczenia, zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn otrzymano znamienne statystycznie, dodatnie korelacje między objawami fizycznymi i poziomem lęku (HADS-A) i depresji (HADS-D i BDI-II). Jedyny wyjątek od tej reguły stanowi dodatnia, korelacja między objawami fizycznymi i poziomem lęku u kobiet w badaniu przeprowadzonym po 15 tygodniach od rozpoczęcia chemioterapii. W tym przypadku nie osiągnięto znamienności

statystycznej (p=0,097). Warto zauważyć, że omawiane korelacje, uzyskane w grupie mężczyzn są wyraźnie silniejsze niż w grupie kobiet.

Tabela 4. Ocena znamienności korelacji między objawami fizycznymi wg RSCL i poziomem lęku i depresji

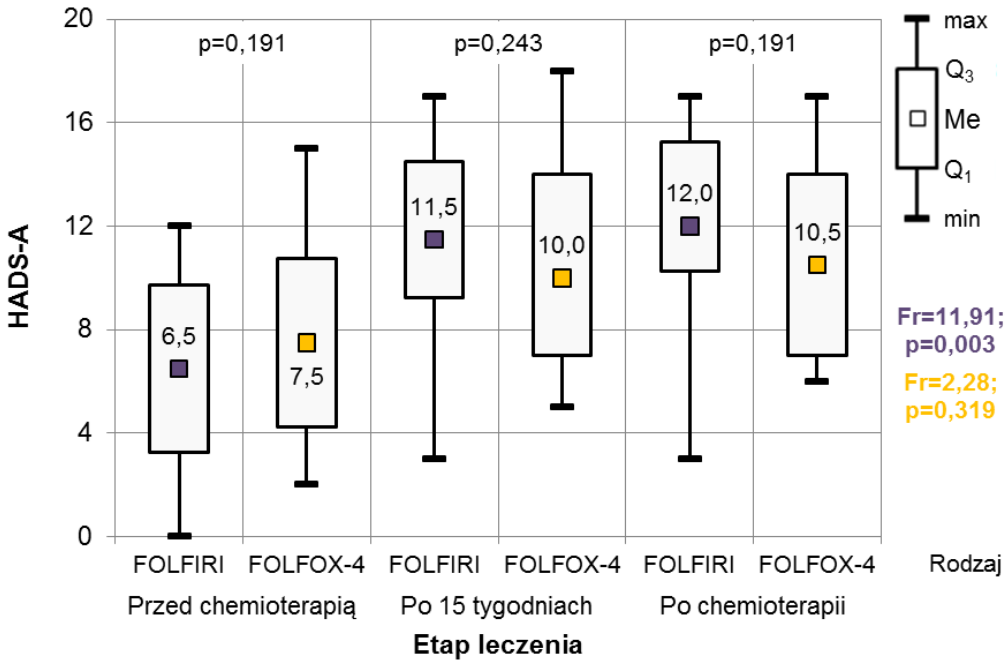
Zmienna niezależna: objawy fizyczne wg RSCL						
Płeć	Kobiety			Mężczyźni		
Zmienne zależne:	BDI-II	HADS-A	HADS-D	BDI-II	HADS-A	HADS-D
Przed chemioterapią						
Wsp. korelacji r	0,311	0,282	0,166	0,333	0,026	0,033
Statystyka t	2,017	1,815	1,039	2,178	0,163	0,207
p	**0,025**	**0,039**	0,153	**0,018**	0,436	0,419
Po 15 tygodniach						
Wsp. korelacji r	0,317	0,209	0,269	0,492	0,555	0,494
Statystyka t	2,062	1,319	1,721	3,482	4,115	3,501
p	**0,023**	0,097	**0,047**	**0,001**	**<0,001**	**0,001**
Po chemioterapii						
Wsp. korelacji r	0,369	0,322	0,302	0,549	0,618	0,581
Statystyka t	2,448	2,095	1,953	4,052	4,848	4,403
p	**0,010**	**0,021**	**0,029**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**

6. Czy istnieją różnice w nasileniu lęku i depresji u kobiet i mężczyzn w kolejnych etapach chemioterapii ze względu na rodzaj chemioterapii?

W obydwu analizowanych grupach chorych zastosowano dwa identyczne schematy chemioterapii. W grupie kobiet, 18 z nich leczono stosując FOLFIRI, a pozostałe 22 za pomocą FOLFOX-4. Odpowiednie proporcje w grupie mężczyzn to 19 i 21. Dla tak utworzonych podgrup przeprowadzono analizę porównawczą za pomocą testu Manna-

Whitneya. Jednocześnie, dla oceny znamienności zmian poziomu lęku i depresji w kolejnych etapach leczenia chemioterapią, wykonano obliczenia statystyczne z wykorzystaniem testu Friedmana z ewentualnym uzupełnieniem za pomocą testu post-hoc Dunn-Bonferroniego. Wyniki tych analiz statystycznych przedstawiono na rycinach 19 do 21 (dla kobiet) i 22 do 24 (dla mężczyzn).

Na rycinie 19 przedstawiono wyniki analizy statystycznej dla poziomu lęku (HADS-A) u kobiet w trakcie leczenia chemioterapią. Widoczny jest stały wzrost tego poziomu niezależnie od schematu leczenia. W kolejnych etapach poziom lęku nie różni się znamiennie między podgrupami (wyniki testu Manna-Whitneya), jednakże zmiany w podgrupie, w której stosowano FOLFIRI są statystycznie znamienne (Fr=11,91; **p=0,003**). Wyniki testu Dunn-Bonferroniego wskazują, że wzrost poziomu lęku po 15 tygodniach i po zakończeniu chemioterapii jest w tej podgrupie kobiet znamienny statystycznie (odpowiednio **p=0,037** i **p=0,002**). W drugiej podgrupie kobiet (FOLFOX-4) zaobserwowano statystycznie nieznamienne wzrosty poziomu lęku (Fr=2,28; p=0,319).

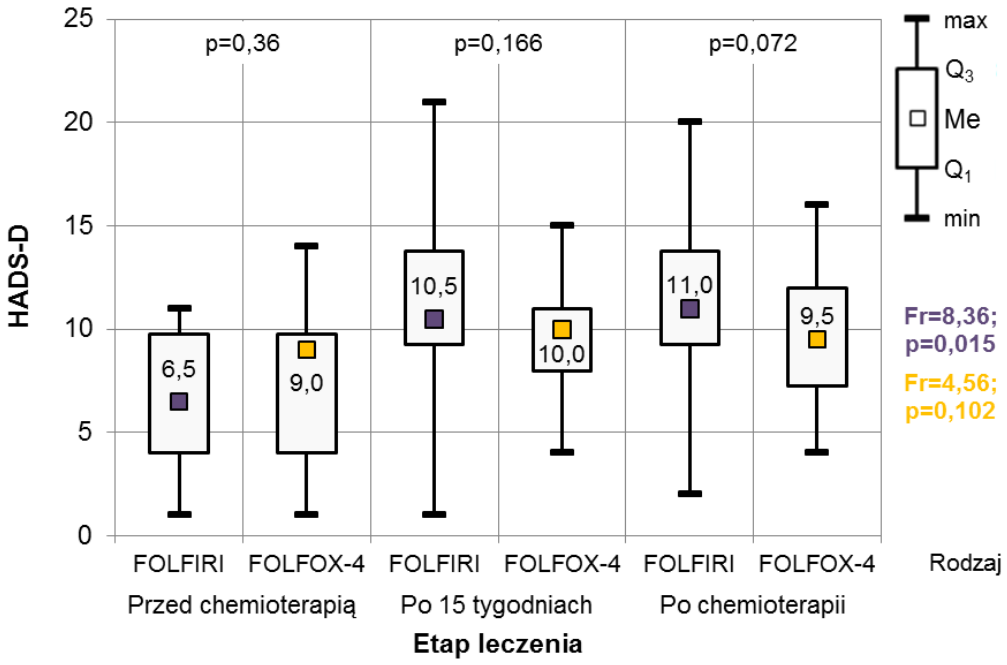


	Przed chemioterapią		Po 15 tygodniach		Po chemioterapii	
Średnia	6,72	3,63	11,44	3,96	11,72	3,80
SD	7,82	3,67	10,50	4,22	10,68	3,83

Ryc.19. Poziom lęku wg HADS-A u kobiet w kolejnych etapach leczenia w zależności od rodzaju chemioterapii (test Manna-Whitneya i test Friedmana)

Rycina 20 prezentuje wartości poziomu depresji wg HADS-D przed chemioterapią, po 15 tygodniach i po zakończeniu chemioterapii. Widoczny jest brak różnic między

porównywanymi podgrupami (wyniki testu Manna-Whitneya), ale w obydwu nastąpił niemal „równoległy” wzrost poziomu depresji. Wynik testu Friedmana (Fr=8,36; **p=0,015**), a także wynik testu Dunn-Bonferroniego (**p=0,011**) wskazują na znamienny wzrost poziomu depresji po zakończeniu chemioterapii (FOLFIRI). W podgrupie kobiet leczonych preparatem FOLFOX-4 obserwowane zmiany poziomu depresji nie są znamienne statystycznie (Fr=4,56; p=0,102).

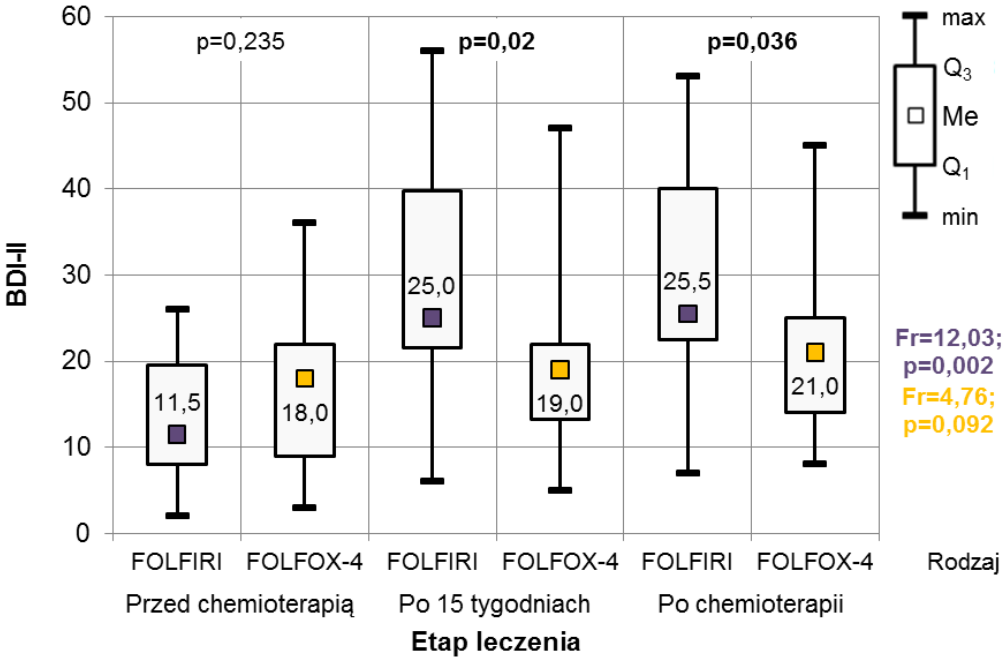


	Przed chemioterapią		Po 15 tygodniach		Po chemioterapii	
Średnia	6,50	3,26	11,17	4,81	11,56	4,60
SD	7,23	3,46	9,95	3,03	9,91	3,25

Ryc.20. Poziom depresjii wg HADS-D u kobiet w kolejnych etapach leczenia w zależności od rodzaju chemioterapii (test Manna-Whitneya i test Friedmana)

Rycina 21 prezentuje wyniki oceny znamienności zmian poziomu depresji mierzonej inwentarzem BDI-II. Tym razem wyniki testu Manna-Whitneya wykazały znamienność różnic między podgrupami leczonych analizowanymi schematami chemioterapii na niekorzyść preparatu FOLFIRI. Taki wniosek dotyczy oceny poziomu depresji po 15 tygodniach (**p=0,020**) i po zakończeniu chemioterapii (**p=0,036**). Niekorzystne zmiany poziomu depresji w podgrupie leczonej lekiem FOLFIRI potwierdza wynik testu Friedmana (Fr=12,03; **p=0,002**). Wyniki testu Dunn-Bonferroniego wskazują na znamienne wzrosty poziomu depresji po 15 tygodniach (**p=0,015**) i po zakończeniu leczenia chemioterapią

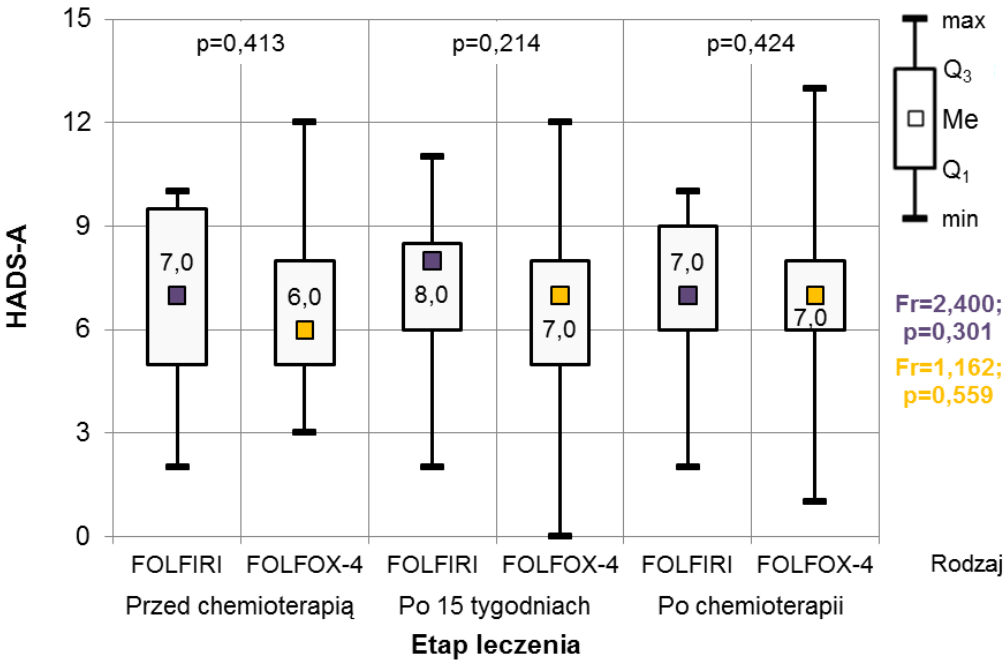
(**p=0,002**). W podgrupie leczonej preparatem FOLFOX-4 nie stwierdzono zmian (wzrostów) znamiennych statystycznie (Fr=4,76; p=0,092).



	Przed chemioterapią		Po 15 tygodniach		Po chemioterapii	
Średnia	13,89	7,14	28,11	14,63	28,61	13,18
SD	16,32	8,91	22,05	12,63	23,36	11,56

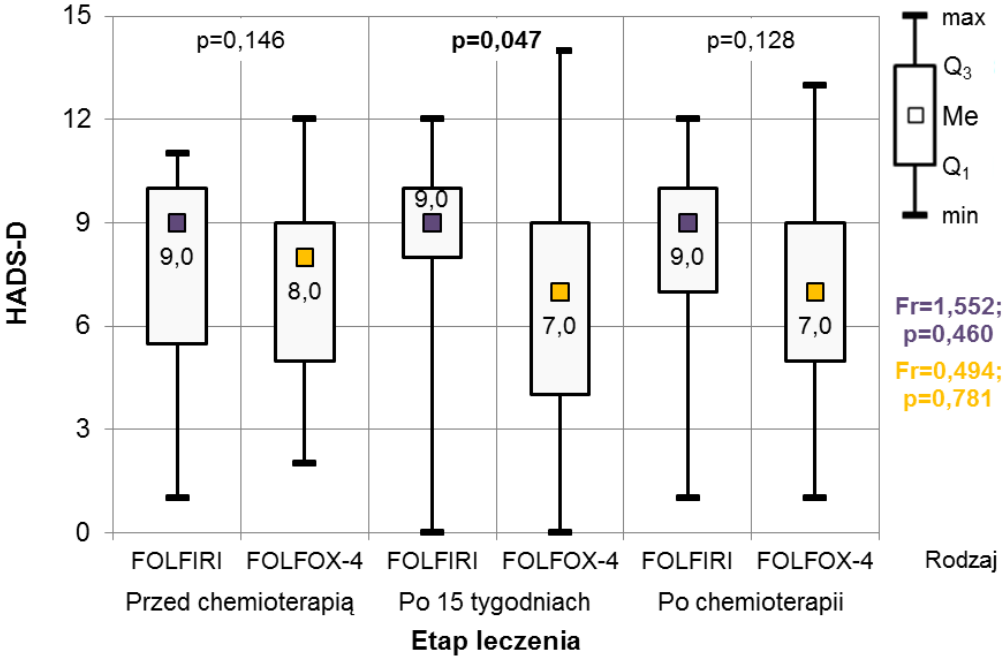
Ryc.21. Poziom depresjii wg BDI-II u kobiet w kolejnych etapach leczenia w zależności od rodzaju chemioterapii (test Manna-Whitneya i test Friedmana)

Na rycinach 22 do 24 zaprezentowano wyniki identycznej analizy statystycznej w grupie mężczyzn. Wyniki tej analizy są zgodne z przedstawionymi na rycinach od 1 do 3. Wykazano za ich pomocą, że w grupie mężczyzn zmiany poziomu lęku i depresji nie były w trakcie leczenia chemioterapią znamienne statystycznie. Tak samo kształtują się wnioski w odniesieniu do podgrup mężczyzn leczonych lekami FOLFIRI i FOLFOX-4. Poziomy lęku i depresji przyjmują w zasadzie bardzo zbliżone wartości niezależnie od etapu obserwacji. Jedynym wyjątkiem jest różnica (znamienna statystycznie; **p=0,047**) między poziomem depresji wg HADS-D zmierzonym po 15 tygodniach chemioterapii (ryc. 23). Korzystniejsze wyniki uzyskano w tym etapie obserwacji w podgrupie przyjmującej FOLFOX-4. Wyniki wszystkich testów Friedmana dowodzą braku znamienności zmian poziomów lęku i depresji bez względu na rodzaj zastosowanej chemioterapii, jak i etap obserwacji w trakcie leczenia.



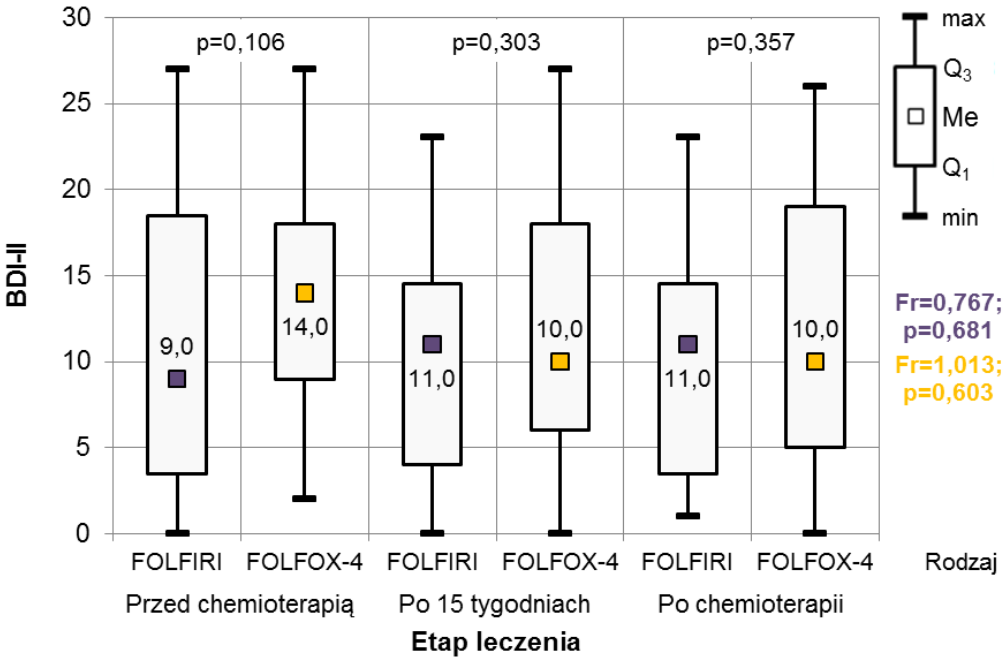
	Przed chemioterapią		Po 15 tygodniach		Po chemioterapii	
Średnia	6,68	2,63	7,21	2,30	6,89	2,33
SD	6,57	2,11	6,48	3,31	6,71	3,42

Ryc.22. Poziom lęku wg HADS-A u mężczyzn w kolejnych etapach leczenia w zależności od rodzaju chemioterapii (test Manna-Whitneya i test Friedmana)



	Przed chemioterapią		Po 15 tygodniach		Po chemioterapii	
Średnia	7,68	3,50	8,32	3,32	8,05	3,10
SD	7,24	2,51	6,90	3,75	7,05	3,41

Ryc.23. Poziom depresjii wg HADS-D u mężczyzn w kolejnych etapach leczenia w zależności od rodzaju chemioterapii (test Manna-Whitneya i test Friedmana)



	Przed chemioterapią		Po 15 tygodniach		Po chemioterapii	
Średnia	11,00	8,96	9,84	6,79	10,05	6,52
SD	13,62	6,12	11,43	7,95	11,38	7,93

Ryc.24. Poziom depresjii wg BDI-II u mężczyzn w kolejnych etapach leczenia w zależności od rodzaju chemioterapii (test Manna-Whitneya i test Friedmana)

Czynniki psychologiczne

7. Czy poziom lęku i depresji u kobiet i mężczyzn w kolejnych etapach chemioterapii koreluje ze stopniem akceptacji choroby (AIS)?

Zgodnie z oczekiwaniem wszystkie korelacje zestawione w tabeli 5 są ujemne, co oznacza, że im większy jest stopień akceptacji choroby, tym niższy jest poziom lęku oraz depresji i na odwrót. Nie wszystkie jednak są korelacjami znamiennymi statystycznie. W grupie kobiet, w obserwacji przeprowadzonej przed chemioterapią brak znamienności statystycznej odnotowano dla korelacji stopnia akceptacji choroby z poziomem depresji według inwentarza BDI-II. W przypadku poziomu lęku i depresji (HADS-A i HADS-D) korelacje ze stopniem akceptacji choroby były przed chemioterapią znamienne statystycznie, przy czym zdecydowanie silniejsza była korelacja stopnia akcetacji choroby (AIS) z HADS-A. Takie

same wyniki uzyskano przed chemioterapią w grupie mężczyzn, tzn. brak znamiennej korelacji AIS z BDI-II i znamienne korelacje z HADS-A i HADS-D. W grupie tej silniejsza na tym etapie obserwacji była druga z wymienionych korelacji. Po 15 tygodniach trwania chemioterapii żadna z korelacji AIS z poziomem lęku i depresji, czyli z BDI-II, HADS-A i HADS-D w grupie kobiet nie miała cech znamienności statystycznej. W tym samym okresie w grupie mężczyzn uzyskano znamienne korelacje między AIS z HADS-A i HADS-D. Korelacja AIS z BDI-II okazała się nieznamienna statystycznie, chociaż do klasycznej wartości poziomu istotności (0,05) niewiele zabrakło. Po chemioterapii korelacje stopnia akceptacji choroby z poziomem lęku i depresji uległy wyraźnemu osłabieniu. Tylko korelacja AIS z BDI-II cechowała się znamiennością statystyczną, a i to nieznacznie tylko przekraczając wartość 0,05. Dwie pozostałe korelacje (AIS z HADS-A i HADS-D) nie były znamienne statystycznie. W tej samej obserwacji wszystkie analizowane korelacje w grupie mężczyzn okazały się znamienne, na poziomie co najmniej **p=0,006**, czyli osiągnęły wysoki poziom znamienności statystycznej.

Tabela 5. Ocena znamienności korelacji między stopniem akceptacji choroby (AIS) i poziomem lęku i depresji

Zmienna niezależna: stopień akceptacji choroby (AIS)						
Płeć	Kobiety			Mężczyźni		
Zmienne zależne:	BDI-II	HADS-A	HADS-D	BDI-II	HADS-A	HADS-D
Przed chemioterapią						
Wsp. korelacji r	-0,247	-0,411	-0,268	-0,218	-0,346	-0,373
Statystyka t	-1,574	-2,777	-1,713	-1,380	-2,274	-2,479
p	0,062	**0,004**	**0,047**	0,088	**0,014**	**0,009**
Po 15 tygodniach						
Wsp. korelacji r	-0,093	-0,032	-0,032	-0,246	-0,297	-0,301
Statystyka t	-0,574	-0,199	-0,196	-1,567	-1,916	-1,943
p	0,285	0,422	0,423	0,063	**0,031**	**0,030**
Po chemioterapii						
Wsp. korelacji r	-0,271	-0,197	-0,176	-0,412	-0,425	-0,396
Statystyka t	-1,736	-1,238	-1,100	-2,787	-2,891	-2,660
p	**0,045**	0,112	0,139	**0,004**	**0,003**	**0,006**

8. Czy poziom lęku i depresji u kobiet i mężczyzn w kolejnych etapach chemioterapii koreluje ze stylami radzenia sobie z chorobą?

W tabeli 6 zaprezentowano wyniki analizy korelacji między stylami radzenia sobie z chorobą nowotworową oraz poziomem lęku i depresji. Zgodnie z oczekiwaniem wszystkie korelacje dotyczące stylu destrukcyjnego są dodatnie (im gorzej chory sobie radzi, tym wyższy jest poziom lęku i depresji), a stylu konstruktywnego ujemne (odwrotnie niż w przypadku stylu destrukcyjnego). Wszystkie korelacje wyznaczone na zakończenie leczenia są statystycznie znamienne, zarówno w grupie kobiet, jak i mężczyzn. Takie same rezultaty uzyskano dla stylu destrukcyjnego już po 15 tygodniach trwania chemioterapii. We wstępnej ocenie (przed rozpoczęciem chemioterapii) znamienne statystycznie korelacje otrzymano dla obydwu stylów radzenia sobie z chorobą tylko w grupie kobiet.

Tabela 6. Ocena znamienności korelacji między stylami radzenia sobie z chorobą (Mini-MAC) i poziomem lęku i depresji

Zmienna niezależna: styl destrukcyjny (Mini-MAC)						
Płeć	Kobiety			Mężczyźni		
Zmienne zależne:	BDI-II	HADS-A	HADS-D	BDI-II	HADS-A	HADS-D
Przed chemioterapią						
Wsp. korelacji r	0,492	0,495	0,382	0,298	0,104	0,080
Statystyka t	3,481	3,507	2,550	1,921	0,642	0,496
p	**0,001**	**0,001**	**0,007**	**0,031**	0,262	0,311
Po 15 tygodniach						
Wsp. korelacji r	0,365	0,357	0,382	0,433	0,511	0,487
Statystyka t	2,415	2,357	2,549	2,959	3,667	3,442
p	**0,010**	**0,012**	**0,007**	**0,003**	**<0,001**	**0,001**
Po chemioterapii						
Wsp. korelacji r	0,466	0,502	0,449	0,524	0,571	0,575
Statystyka t	3,250	3,580	3,095	3,796	4,283	4,329
p	**0,001**	**<0,001**	**0,002**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**

Zmienna niezależna: styl konstruktywny (Mini-MAC)						
Płeć	Kobiety			Mężczyźni		
Zmienne zależne:	BDI-II	HADS-A	HADS-D	BDI-II	HADS-A	HADS-D
Przed chemioterapią						
Wsp. korelacji r	-0,478	-0,492	-0,468	-0,169	0,072	0,192
Statystyka t	-3,350	-3,482	-3,264	-1,060	0,443	1,205
p	**0,001**	**0,001**	**0,001**	0,148	0,330	0,118
Po 15 tygodniach						
Wsp. korelacji r	-0,226	-0,036	-0,139	-0,204	-0,437	-0,265
Statystyka t	-1,431	-0,222	-0,867	-1,286	-2,999	-1,696
p	0,080	0,413	0,196	0,103	**0,002**	**0,049**
Po chemioterapii						
Wsp. korelacji r	-0,421	-0,359	-0,344	-0,427	-0,461	-0,443
Statystyka t	-2,865	-2,371	-2,256	-2,912	-3,200	-3,050
p	**0,003**	**0,011**	**0,015**	**0,003**	**0,001**	**0,002**

9. Dyskusja

Pierwsze badanie przeprowadzono przed rozpoczęciem leczenia cytostatykami, drugie badanie odbyło się przed podaniem 5 kursu (po 15 tygodniach) chemioterapii neoadjuwantowej (przed operacją), ostatni raz pacjenci byli badani po zakończeniu leczenia lekami cytostatycznymi. Badanie dotyczyło 40 kobiet i 40 mężczyzn z rozpoznaniem raka jelita grubego. W badaniu zastosowano Zmodyfikowaną Szpitalną Skalę Lęku i Depresji (HADS-M), Skalę Depresji Becka (BDI-II), Skalę Akceptacji Choroby (AIS), Skalę Mini-MAC Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej, Rotterdamską Listę Objawów (RSCL) oraz ankietę własnego autorstwa. W badaniu wykazano znaczne różnice w poziomie lęku i depresji między grupą kobiet, a mężczyzn**,** w porównaniu do stanu przed leczeniem chemioterapią, a między drugim i trzecim badaniem ankietowym. Istotną przeszkodą w prowadzeniu badania były utrudnienia spowodowane między innymi: COVID -19, złym samopoczuciem pacjentów, pogorszeniem ich stanu psychicznego i fizycznego, odroczeniem leczenia chemicznego. W konsekwencji wystąpienie owych czynników skutkowało ograniczeniem liczebności badanej grupy chorych, w której pierwotnie do badnia zakwalifikowano 120 pacjentów.

Istotne różnice stwierdzono w poziomie depresji w grupie kobiet i mężczyzn. Według skali BDI-II przed rozpoczęciem leczenia chemioterapią nie stwierdzono różnic znamiennych statystycznie. Natomiast podczas drugiego i trzeciego badania ankietowego (po 15 tygodniach leczenia oraz po zakończeniu stosowania cytostatyków) poziom depresji był znacząco wyższy w grupie kobiet, osiągając znamienność statystyczną. Inaczej wyniki przedstawiły się w grupie mężczyzn, w której poziom depresji utrzymywał się na porównywalnym poziomie podczas trzech przeprowadzonych badań.

Poziom depresji według HADS-D przed leczeniem chemioterapią nie różnił się znamiennie statystycznie między badanymi grupami. Jednakże, po drugim i trzecim badaniu ankietowym, poziom depresji był wyższy w grupie kobiet.

Poziom lęku według skali HADS-A, zarówno po 15 tygodniach leczenia oraz po zakończeniu leczenia cytostatykami, był zdecydowanie wyższy w grupie kobiet, niż w grupie mężczyzn. W poziomie lęku w grupie mężczyzn nie stwierdzono różnic w każdym z trzech przeprowadzonych badań ankietowych

Podobne wyniki uzyskali N. Adamczyk i wsp., którzy badali 80 pacjentów onkologicznych leczonych lekami cytostatycznymi. Analiza statystyczna wykazała, że respondenci na początku leczenia chemicznego odczuwali istotnie pozytywne nastawienie do leczenia w porównaniu z wynikami w trakcie leczenia, (**p=0,008**). Natomiast 42,5% ankietowanych odczuwało lęk na początku terapii. Zdecydowana większość ankietowanych wskazała jednak wystąpienie lęku, a także przygnębienia w trakcie leczenia. Analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic pomiędzy okresami leczenia w ocenie odczuwania smutku [152]. Analogiczne wyniki uzyskała J. Rymaszewska konstatując, że u pacjentów onkologicznych lęk pojawia się na początku choroby, natomiast depresja uwidacznia się w zaawansowanym stopniu choroby nowotworowej [153].

Badanie przeprowadzone na przestrzeni 8 lat wśród 10 025 chorych w Stanach Zjednoczonych potwierdziło, iż depresja rozpoznana w trakcie choroby nowotworowej, zwiększa umieralność pacjentów chorych onkologicznie [154]. C.M. Chan i wsp. przeprowadzili badania w grupie 467 dorosłych pacjentów chorych na nowotwory, u których stwierdzono współwystępowanie depresji, oraz pacjentów, którzy nie zgłaszali symptomów depresyjnych. Zaobserwowano, że ryzyko postępu choroby i zgonów jest nawet dwukrotnie większe u pacjentów onkologicznych, którzy dodatkowo chorują na depresję. Takie same wyniki potwierdzono u pacjentów z lękiem [155].

Stany lękowe stanowią istotny element psychologicznej autoanalizy choroby nowotworowej. Negatywne uczucia mogą istotnie wpływać na stan zdrowia chorych. Długotrwałe zmęczenie, brak apetytu, zaburzenie snu i wahania nastroju mogą sprzyjać wystąpieniu depresji u chorych na nowotwory. Depresja może niekorzystnie wpłynąć na przebieg leczenia [156]. Pejoratywne myśli i brak akceptacji choroby przez pacjenta mogą prowadzić do rozwoju zaburzeń depresyjnych i wystąpienia myśli saicydalnych, dlatego też istotnym czynnikiem jest otrzymywanie wsparcia od psychologa, psychoonkologa, lekarza czy pielęgniarkę podczas ścieżki klinicznej jaką przemierza pacjent [157].

K. De Walden-Gałuszko i wsp. przeprowadzili badania w Wojewódzkim Centrum Onkologii w Gdańsku, które trwały od 2002 r. do 2012 r. Analiza statystyczna wykazała, że zaburzenia depresyjne wystąpiły u 1/3 spośród 1 100 badanych chorych na nowotwory, u 44,9% wystąpił zespół depresyjno-lękowy dezadaptacyjny, u 17,7% ciężka depresja. Zaburzenia depresyjne

występowały najczęściej u osób młodych i u kobiet, a depresja bez lęku – u chorych w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej [158].

Badanie porównujące poziom lęku i depresji poprzez trzy kolejne obserwacje wykazały, że kobiety charakteryzowały się zazwyczaj wyższy poziom lęku i depresji w porównaniu do mężczyzn. Poziom lęku i depresji również wzrastał w trakcie i po zakończeniu chemioterapii. Potwierdza to pośrednio wyższą reaktywność emocjonalną kobiet w porównaniu do mężczyzn, co według autorki badania może wskazywać na narastającą niepewność odnośnie własnego losu w miarę jak chemioterapia zmierzała do końca. Wynik ten jednak wymaga dalszych badań.

Wyniki badań I. Rotter i wsp. wykazały, że zdecydowanie częściej depresja pojawia się u kobiet [159]. Natomiast K. Kurowska i wsp. przeprowadzili badania ankietowe, w grupie pacjentów z rozpoznaniem raka jelita grubgo, w którym wykazali, że wyższy poziom lęku i depresji wystąpił w grupie mężczyzn w porównaniu do grupy kobiet [160].

W grupie kobiet nie wykazano statystycznie znamiennej korelacji wieku z poziomem lęku (HADS-A) i poziomem depresji (HADS-D i BDI-II) przed chemioterapią. Natomiast w grupie mężczyzn na tym samym etapie badania uzyskano znamienną, dodatnią korelację wieku z wynikami uzyskanymi jedynie z inwentarzem depresji Becka II. Starsi mężczyźni wykazali podwyższony poziom depresji, natomiast w grupie kobiet po 15 tygodniach i po zakończeniu leczenia wiek dodatnio korelował z poziomem lęku i depresji. Wszystkie korelacje w grupie kobiet są silne, natomiast korelacje w grupie mężczyzn są słabsze.

Badanie przeprowadzone przez P. Jimenez-Fonseca i wsp. na grupie 600 pacjentów onkologicznych wykazało, że kobiety i osoby młodsze były bardziej narażone na lęk i depresję, niż mężczyźni i osoby starsze. Celem badania było określenie częstości występowania lęku i depresji oraz analiza związku między pozytywnymi czynnikami psychologicznymi, socjodemograficznymi i klinicznymi u pacjentów onkologicznych [161].

Podobne badanie zostało przeprowadzone przez L. Inhestern i wsp. na grupie 3370 pacjentów onkologicznych, w wieku od 25 do 55 lat. Badanie wykazało, że zdecydowanie częściej występuje wyższy poziom lęku u osób w wieku produkcyjnym. Znaczna część osób, które zakończyły leczenie onkologiczne, zgłaszała umiarkowany lub wysoki poziom lęku i depresji [162].

Ocenę znamienności różnic poziomu lęku (HADS-A) i depresji (HADS-D i BDI-II) z punktu widzenia wykształcenia chorych przeprowadzono za pomocą testu Kruskala-Wallisa. Wyniki badań własnych w analizowanej grupie kobiet i mężczyzn nie uzyskały znamienności statystycznej, zarówno przed leczeniem cytostatykami, po 15 tygodniach leczenia oraz po zakończeniu leczenia. Wynik ten oznacza brak wpływu wykształcenia badanych chorych na poziom odczuwania lęku i depresji. Wynik ten, w pewnym stopniu, różni się od rezultatów badań przeprowadzonych przez innych badaczy, np.:

- E. Humieniuk i wsp. badaniem objęli 92 pacjentów onkologicznych (65 mężczyzn i 27 kobiet). Informacje demograficzne i dodatkowe odpowiedzi psychologiczne zostały zebrane od wszystkich pacjentów za pomocą kwestionariuszy. Badania wykazały, że lepiej radzą sobie w chorobie kobiety oraz osoby z wyższym wykształceniem. Autorzy badnia twierdą, że uzyskane wyniki mogą pomóc w lepszym zrozumieniu czynników, które sprzyjają skutecznemu stosowaniu różnych strategii radzenia sobie z chorobą, co może być istotne przy opracowywaniu i prowadzeniu programów wsparcia psychologicznego dla osób z chorobami chronicznymi [163].

- A. Nowicki i B. Rządkowska przeprowadzili badania w grupie 100 pacjentów onkologicznych, które wykazało, że poziom wykształcenia ma wpływ na odczuwanie depresji i lęku. Osoby z średnim wykształceniem rzadziej doświadczały depresji, natomiast nasilenie lęku było większe. Autorzy sugerują, że przyczyną częstszej depresji u osób z niskim wykształceniem mogą być trudne warunki ekonomiczne, które dodatkowo pogarszają chorobę [164].

Badanie własne przeprowadzone w celu analizy różnic nasilenia lęku i depresji u kobiet i mężczyzn w kolejnych etapach chemioterapii, ze względu na czas trwania choroby, wykazało, że w żadnych z analizowanych przypadków nie uzyskano znamienności statystycznej, co oznacza brak wpływu czasu trwania choroby na nasilenie lęku i depresji w trakcie leczenia chemioterapią badanych osób.

W tym konkekście wspomnieć należy, że J. R. Satyna i wsp. ocenili stopień w jakim objawy depresyjne i duże zaburzenia depresyjne u pacjentów z rakiem, mogą wpłynąć na czas trwania choroby i śmiertelność. Analizy danych dokonali poprzez przegląd literatury naukowej.

Autorzy wykorzystali badania prospektywne do oceny związku między objawami depresyjnymi, a ryzykiem progresji choroby i/lub śmiertelności u pacjentów onkologicznych. Przeprowadzona metaanaliza sugeruje, że stan depresyjny u pacjentów z chorobą nowotworową może służyć jako bardzo niski predyktor śmiertelności, ale zmienność uwzględnionych badań utrudnia wyciągnięcie bardziej szczegółowych wniosków [165].

W ocenie znamienności korelacji (badania własne), między objawami fizycznymi wg Roterdamkiej Listy Objawów, a poziomem lęku i depresji w grupie kobiet, na każdym etapie badania uzyskano znamienne korelacje (dodatnie) między objawami fizycznymi, a poziomem depresji (BDI-II) i lęku (HADS-A) w pierwszym badaniu (przed leczeniem chemicznym). Dodatnie korelacje świadczą o tym, że poziom lęku i depresji był wyższy u kobiet, które zgłaszały bardziej nasilone objawy fizyczne. Natomiast w tym samym badaniu w grupie mężczyzn uzyskano znamienną dodatnią korelację objawów fizycznych (RSCL) w poziomie depresji badaną kwestionariuszem BDI-II. Analiza korelacji przeprowadzona podczas drugiego i trzeciego badania ankietowego wykazała, że zarówno u kobiet jak i u mężczyzn otrzymano znamienne statystycznie, dodatnie korelacje między objawami fizycznymi, a poziomem lęku (HADS-A) i depresji (HADS-D i BDI-II).

Podobne wyniki badań uzyskali A. Modlińska i wsp. w grupie 90 osób. Ich wyniki badań pokazały, że lękowa reakcja na chorobę nowotworową znacząco wpływa na pacjentów poniżej 65. Roku życia będących w zaawansowanym stadium choroby. Natomiast, mimo różnicy wieku oraz informacji o diagnozie choroby nowotworowej, badane grupy nie różniły się istotnie w ocenie objawów fizycznych (RSCL) [166].

Jednym z ważniejszych elementów analizy statystycznej przeprowadzonej w prezentowanej rozprawie była ocena znamienności różnic w poziomie lęku i depresji ze względu na zastosowany schemat chemioterapii. W grupie kobiet poziom lęku (HADS-A) wzrastał w trakcie leczenia, ale wyraźniej w podgrupie, która leczona była z zastosowaniem schematu FOLFIRI, dla którego uzyskano znamienność statystyczną. Identyczne wnioski dotyczą poziomu depresji, który był coraz wyższy w kolejnych obserwacjach, ale znamienność statystyczna pojawiła się tylko w podgrupie leczonej FOLFIRI. Zdecydowanie wyraźniej uwidoczniły to wyniki oceny poziomu depresji za pomocą BDI-II. W podgrupach mężczyzn leczonych obydwoma schematami (FOLFIRI i FOLFOX-4) uzyskano porównywalne poziomy lęku (HADS-A) i depresji (HADS-D i BDI-II). Każda z trzech przeprowadzonych

obserwacji dostarczyła danych, na podstawie których wyniki odpowiednich testów statystycznych wykazały brak różnic znamiennych statystycznie w porównaniu ze schematem FOLFOX-4.

P. Mielcarek i J. Kozak przeprowadzili badania w grupie losowo wybranych 150 spośród 326 pacjentek onkologicznych w stadium zaawansowanej choroby. Wyniki pokazały, że pacjentki, które otrzymują informację o braku skuteczności w leczeniu są szczególnie narażone na zaburzenia emocjonalne (lęk i depresję) i potrzebują pomocy psychologa [167].

M. Medeiros i wsp. przeprowadzili badania wśród pacjentów onkologicznych. Celem badania było zbadanie częstości występowania depresji i lęku u pacjentów z rakiem jelita grubego przed i po chemioterapii adjuwantowej. Analiza statystyczna wykazała, że leczenie lekami cytostatycznymi wpływa na występowanie lęku i depresji [168].

W ostatnich latach nastąpił postęp w leczeniu nowotworu, co znaczenie wydłużyło czas przeżycia pacjentów. Wyniki te zostały osiągnięte dzięki wprowadzeniu nowych leków cytostatycznych [169]. Fluorouracyl nadal stosowany jest w leczeniu raka jelita grubego. Objawy tokstyczności związane z lekiem cytostatycznym bardziej nasilone są w grupie kobiet, niż mężczyzn, co ma związek prawdopodobnie z polimorfizmem genetycznym oraz różnicami aktywności enzymów biorących udział w metabolizmie fluorouracylu [170].

Oksaliplatyna (wchodząca w skład schematu FOLFOX-4) jest stosowana przede wszystkim w leczeniu raka jelita grubego. Głównym mechanizmem działania leku cytostatycznego jest uszkodzenie struktury DNA komórek nowotworowych.

Badanie przeprowadzone przez A. de Gramont i wsp. na 420 pacjentach z rakiem jelita grubego wykazało, że u 1/3 pacjentów leczonych oksaliplatyną nastąpiło złagodzenie dolegliwości. Skuteczność oksaliplatyny została potwierdzona w III fazie badania, w którym zastosowano schemat złożony z oksaliplatyny oraz fluorouracylu i kwasu folinowego, co okazało się bardziej skuteczne, niż schemat fluorouracylu i kwasu folinowego, w którym wskaźnik odpowiedzi (51% i 22%; **p<0,001**) i czasu przeżycia wolnego od progresji choroby (9 i 6,2 miesiąca; $p < 0,003$) bez znamiennej różnicy dotyczącej czasu całkowitego przeżycia, znacząco się wydłużył (16,2 i 14,7 miesiąca; $p<0,12$). Reasumując, badacze stwierdzili, że kombinacja oksaliplatyny, w tym opisanym przypadku, wydaje się korzystna jako leczenie pierwszego rzutu w raku jelita grubego [171].

J. Souglakos i wsp. przeprowadzili badania odnoszące się do schematów chemioterapii złożonych z 4 leków, zastosowanych w grupie 276 pacjentów, którym podawano odpowiednio fluorouracyl i kwas folinowy i oksaliplatynę oraz irynotekan lub schemat wieloraki w skład, którego wchodziły leki cytostatyczne, między innymi fluorouracyl, kwas folinowy i irynotekan, ale bez oksaliplatyny. Ze względu na niewątpliwie dużą toksyczność leków cytostatycznych nie zaleca się stosowania schematów z udziałem czterech leków. W badaniu zostały wyodrębnione dwie grupy A i B. Schemat 4-lekowy (grupa A) oraz schemat FOLFIRI (grupa B). Wszystkie kryteria skuteczności wykazały nieznamienną statystycznie przewagę schematu z oksaliplatyną. W analizie zgodnej z zamiarem leczenia odsetek odpowiedzi wyniós 45% (grupa A) i 31% (grupa B), natomiast progresja choroby wyniosła 23% (grupa A) i 45% (grupa B). Stabilizacja choroby nowotworowej wyniosła odpowiednio 23% i 45% [172].

Leki cytostatyczne stosowane w chemioterapii wpływają niekorzystnie na emocje pacjenta onkologicznego, często wywołują poczucie zagrożenia i stanowią silny czynnik stresotwórczy [173]. Niemniej jednak zastosowanie idealnego leku w skojarzeniu z fluorouracylem i kwasem folinowym w zakresie leczenia chemicznego pierwszej linii zaawansowanego raka jelita grubego nadal jest obiektem dyskusji [174].

Wysoki poziom depresji u kobiet, które wykazują niską motywację do walki z chorobą i jedocześnie źle tolerują leczenie przeciwnowotworowe, mogą wynikać ze skutków ubocznych leczenia cytostatykami (m.in. nudności, złe samopoczucie, biegunki, wymioty, utrata włosów, zaparcia) i częściej wykazują postawę rezygnacyjną. Niejednokrotnie może zwiększyć liczbę zgonów [175].

Wyniki badań w grupie kobiet mogą stanowić istotny problem kliniczny. Odzwierciedlają bowiem niepokój wywołany chorobą nowotworową, która w ocenie chorych stanowi zagrożenie, a sygnały pochodzące z organizmu interpretowane są jako pogorszenie stanu zdrowia.

Niedostateczna wiedza na temat choroby nowotworowej może zniekształcić obraz schorzenia. Pacjenci często wykazują obronną postawę przed informacjami, które są trudne, nie dopuszczają ich do świadomości, co niewątpliwie wywołuje lęk, niedowierzanie, złość, które z kolei mogą utrudniać dążenie do polepszenia zdrowia, pochłaniając zasoby energetyczne

organizmu niezbędne dla zachowania homeostazy. W takich sytuacjach przydatna dla pacjenta i rodziny może być specjalistyczna pomoc psychologa lub psychoonkologa.

Pacjenci z rozpoznaniem raka jelita grubego i ich rodziny przechodzą przez wiele etapów choroby, w której muszą zmierzyć się z problemami fizycznymi, emocjonalnymi, społecznymi (rodzinnym, ekonomicznym) i duchowymi. Pacjent zmaga się z akceptacją choroby i wyglądem zewnętrznym, który zmienia się na skutek postępu choroby nowotworowej i otrzymanego leczenia chemicznego. Akceptacja choroby zależy od indywidualnej postawy pacjenta i sposobów radzenia sobie z nią, a przystosowanie się do zaistniałej sytuacji i zmian w dotychczasowym życiu jest często znacznym wyzwaniem dla pacjenta i rodziny [176].

Badając korelacje poziomu lęku i depresji ze stopniem akceptacji choroby, zarówno w grupie kobiet, jak i mężczyzn wykazano, że są one ujemne, co oznacza, że im większy jest stopień akceptacji choroby przez pacjentów, tym niższy jest poziom lęku i depresji. Nie wszystkie otrzymane korelacje są istotne statystycznie. Uwaga ta dotyczy przede wszystkim wyników uzyskanych w grupie kobiet podczas drugiego i trzeciego badania. Natomiast w grupie mężczyzn wyniki są w większości znamienne statystycznie, szczególnie po zakończeniu leczenia.

Wypada zauważyć, że M. Kołpa i wsp. przeprowadzili badania, które wykazały związek między wiekiem chorych, a stopniem akceptacji choroby nowotworowej. Na stopień akceptacji choroby miał wpływ wiek badanych pacjentów. Badanie wykazało, że leczenie onkologiczne, uwzględniające stan psychiczny chorych odnosi się nie tylko do poprawy jakości życia, lecz także do czasu przeżycia i jego wydłużenia [177].

K. Wojtas i wsp. przeprowadzili badania na 53 pacjentach onkologicznych w wieku 18–35 lat. Badanie to wykazało średni poziom akceptacji choroby i dominowała u nich strategia konstruktywnego stylu radzenia sobie z chorobą. Ponadto, badanie wykazało związek między akceptacją choroby w grupie młodych dorosłych, a strategiami zaabsorbowanie lękowe i bezradność/beznadziejność [178].

E. Smoleń i wsp. przeprowadzili badania w grupie 229 losowo dobranych pacjentów w trakcie hospitalizacji. Wyniki badań pokazały, że akceptacja choroby nowotworowej

wiązała się z przyjmowanym stylem i strategią radzenia sobie w chorobie. Znajomość stylu i strategii zmagania się z chorobą nowotworową, tudzież związku z akceptacją choroby przez pacjenta, pomaga wdrożyć pomoc psychologów, terapeutów w celu uzupełnienia procesu leczenia [179].

Jednym z najważniejszych etapów choroby nowotworowej jest jej akceptacja, która zawsze przebiega w sposób indywidualny, powoli w trakcie leczenia onkologicznego. J. A. Zauszniewski i wsp. uważają, że akceptacja choroby nowotworowej jest psychicznym pogodzeniem się i dostosowaniem do potencjalnych ograniczeń narzuconych przez chorobę, co powoduje ingerencję zmienionej kondycji psychofizycznej w dotychczasowy styl życia. Ponadto, uczenie starszych osób zaradności i akceptacji może sprzyjać lepszemu funkcjonowaniu i poprawić jakość życia [180].

Badania własne pokazały, że wyniki analizy korelacji między stylami radzenia sobie z chorobą nowotworową oraz poziomem lęku i depresji wykazały, że wszystkie korelacje dotyczące stylu destrukcyjnego są dodatnie (wyniki te pokazują, że w momencie, kiedy chory gorzej radzi sobie z chorobą nowotworową, wzrasta u niego poziom lęku i depresji), a stylu konstruktywnego ujemne (kiedy pacjent lepiej radzi sobie z chorobą nowotworową, spada u niego poziom lęku i depresji). Wszystkie korelacje po zakończeniu leczenia cytostatykami są statystycznie znamienne w obu grupach. Takie same rezultaty uzyskano dla stylu destrukcyjnego już po 15 tygodniach trwania chemioterapii. We wstępnej ocenie (przed rozpoczęciem chemioterapii) znamienne statystycznie korelacje otrzymano dla obydwu stylów radzenia sobie z chorobą tylko w grupie kobiet.

J. Szczepańska–Gieracha i wsp. zastosowali Mini-MAC i SWLS w grupie 71 kobiet chorych na nowotwory złośliwe. Strategia radzenia sobie z chorobą nowotworową uległa zmianie od chwili rozpoznania, do okresu po zakończeniu leczenia. Podczas hospitalizacji strategie konstruktywne pacjentów wykazywały wysokie wartości, którym towarzyszył niski poziom strategii destrukcyjnych, związanych z aktywacją mechanizmów obronnych, uruchamianych dla wyeliminowania negatywnych emocji. Po zakończonym leczeniu, przy braku nawrotu choroby przez okres przynajmniej 6 lat, wykazano zmniejszenie stopnia konstruktywnych strategii, bez spadku natężenia strategii destrukcyjnych. Wyniki w skali satysfakcji z życia okazały się wyższe, w porównaniu do kobiet zdrowych i wzrosły z upływem czasu po zakończeniu leczenia [181].

Podobne wyniki uzyskała I. Kapela i wsp. W badaniu tym stwierdzono, w grupie 92 pacjentów badanych podczas leczenia cytostatykami – średni wynik akceptacji, mierzony AIS, wyniósł 63,7% i był nieco wyższy, niż przeciętny, co świadczy o dobrym przystosowaniu pacjentów do choroby nowotworowej, natomiast w skali Mini-MAC wynik wyniósł 88,4% w stylu konstruktywnym (wysoki wynik w strategii ducha walki i pozytywnego przewartościowania). W stylu destruktywnym stwierdzono niskie wartości. Im większa akceptacja choroby, tym większa była satysfakcja z życia, jednak autorzy nie wykazali związku poziomu akceptacji choroby z poziomem odczuwanego zmęczenia, jak również z występowaniem nudności, czasem trwania choroby, stanem cywilnym i aktywnością zawodową, bez zróżnicowania płci chorych [182].

B. Szwat i wsp. wykonali badania ankietowe w grupie 50 pacjentów onkologicznych. Wyniki badania pokazały, że w ocenie strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową w stylu konstruktywnym (Skala Mini-Mac), aż 76% badanych osiągnęła wyniki przeciętne. Natomiast w stylu destrukcyjnym (Mini-Mac) ankietowani również uzyskali wyniki przeciętne (58%). Depresja i stany graniczne depresji wystąpiły u 30% chorych według skali HADS [183].

Choroba nowotworowa należy obecnie do najczęściej występujących schorzeń. Pogorszenie funkcjonowania pacjenta w sferze psychicznej, emocjonalnej, somatycznej i społecznej niekorzystnie wpływa na proces leczenia. W grupie pacjentów onkologicznych coraz częściej pojawiają się zaburzenia psychiczne, które mogą mieć różne nasilenia. Często są wynikiem zmian sytuacji społecznej, ekonomicznej czy emocjonalnej wynikającej z choroby nowotworowej [184]. Konsekwencje leczenia raka jelita grubego (np. wyłonienie sztucznego odbytu) często powodują dyskomfort i negatywnie wpływają na psychikę pacjentów [185]. Postęp choroby nowotworowej może skutkować wystąpieniem zaburzeń psychicznych, które z kolei mogą pojawić się na różnych etapach choroby [186]. Znamiennym jest, że pacjenci w chwili rozpoznania choroby nowotworowej często reagują na otrzymaną informację lękiem i depresją. Często u pacjenta występuje objaw przygnębienia, który demobilizuje aktywność organizmu, a ten w konsekwencji może nasilać niekorzystne skutki choroby nowotworowej [187].

10. Wnioski

1. Stwierdzono uwarunkowanie poziomu lęku i depresji u pacjentów z rakiem jelita grubego przez niektóre czynniki społeczno-demograficzne, kliniczne i psychologiczne przed i w różnych etapach leczenia.

2. Istnieje dynamika narastania lęku i depresji w trakcie i po chemioterapii w porównaniu do wartości sprzed leczenia.

3. U starszych kobiet wyraźnie narasta lęk i depresja w trakcie i po chemioterapii.

4. Szczegółowa analiza wskazuje, że lęk i depresja są wyraźnie wyższe we wszystkich etapach badania i narastają po zakończeniu leczenia w grupie kobiet.

5. U mężczyzn nie obserwowano podobnej zależności – jedynie wyjściowy poziom depresji przed podjęciem leczenia był u nich wyższy.

6. Stwierdzono korelację dodatnią pomiędzy nasileniem lęku i depresji a dolegliwościami fizycznymi u kobiet i mężczyzn.

7. Stwierdzono dodatnią korelację między nasileniem lęku i depresji a stopniem akceptacji choroby w obu badanych grupach.

8. Stwierdzono korelację między nasileniem lęku i depresji a stylami radzenia sobie ze stresem: dodatnią w odniesieniu do stylu destrukcyjnego i ujemną wobec stylu konstruktywnego.

9. Ustalone wyżej czynniki warunkujące nasilenie lęku i depresji u chorych w trakcie i po chemioterapii należy uwzględnić podczas planowania opieki psychoonkologicznej dla tej grupy osób.

11. Bibliografia

1. Lynch H. T., de la Chappelle A., *Hereditary colorectal cancer,* [online:] https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12621137/ [odczyt: 23.12.2020].

2. Huang X., Hirose K., Wakai K. i wsp., *Comparison of lifestyle risk factors by family history for gastric, breast, lung and colorectal cancer,* [online:] *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15546249/* [odczyt: 21.12.2020].

3. Baumgarta D. C., Sandborna W.J., *Inflammatory bowel disease: Clinical aspects and established and evolving therapies,* National Library of Medicine, [online:] https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17499606/ [odczyt: 12.12.2020].

4. Mensink P .B. F., Kolkman J. J., Van Baarlen J., Kleibeuker J.H., *Change in anatomic distribution and incidence of colorectal carcinoma over a period of 15 years: clinical considerations,* [online:] https:/link. springer.com/ article/ 10. 1007%2Fs10350-004-6431-6/ [odczyt: 12.07.2020].

5. Larsson S.C., Rafter J., Holmberg L., Bergkvist L., Wolk A., *Red meat consumption and risk of cancers of the proximal colon, distal colon and rectum: the Swedish Mammography Cohort*, [online:] https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15499619/ [odczyt: 01.09.2020].

6. Järvinen R., Knekt P., Hakulinen T., Aromaa A., *Prospective study on milk products, calcium and cancers of the colon and rectum,*
*[*online:] https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11641750/ [odczyt: 09.12.2020].

7. Garland C., Shekelle R.B., Barrett-Connor E., M.H.Criqui, A.H.Rossof, O.Paul, *Dietary vitamin D and calcium and risk of colorectal cancer: a 19-year prospective study in men,* [online:] https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2857364/ [odczyt: 19.10.2020].

8. *Diet, Nutrition, Physical Activity and Cancer: a Global Perspective,* American Institute for Cancer Research, [online:] https://www.wcrf.org/dietandcancer [odczyt: 10.10.2020].

9. Świderski F., Dąbrowska M., Rusaczonek A., Waszkiewicz-Robak B., *Substancje bioaktywne czosnku i ich rola w dietoprofilaktyce i dietoterapii,* [online:] http://wydawnictwa.pzh.gov.pl/roczniki pzh/files/pzhissues/id562/Bioactive substances of garlic and their role in dietoprophylaxis and dietotherapy.pdf [odczyt: 05.11.2020] .

10. Adam R., Hoti E., Folprecht G., i wsp. *Accomplishments in 2008 in the Management of Curable Metastatic Colorectal Cancer*, Gastrointest Cancer Res 2009; 3 (supl. 2): s.15–22.

11. *Cancer Incidence and Mortality Worldwide,* International Agency for Research on Cancer, Genewa 2010, [online:] https://www.iarc.who.int/news-events/globocan-2008-cancer-incidence-and-mortality-worldwide/ [odczyt: 08.09.2020].

12. Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W., *Prognoza zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce do 2025 roku,* Warszawa: Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej - Curie 2009, s. 23-27.

13. Potemski P., *Epidemiologia, badania przesiewowe i klasyfikacja zaawansowania klinicznego raka grubego* jelita, „ Onkologia w Praktyce Klinicznej" 2010, t. 6, s. 283–289.

14. Nowotwory złośliwe jelita grubego (C18-21), [online:] http://onkologia.org.pl/nowotwory-zlosliwe-jelita-grubego-c18-21/ [odczyt: 05.02.2020].

15. Deptała A., Wojtukiewicz M.Z., *RAK JELITA GRUBEGO,* Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2018, s. 13-17.

16. Banaszkiewicz Z., Tojek K., Jarmocik P., Frasz J., Jawień A., *Kliniczne objawy raka jelita grubego – badanie retrospektywne*, Współczesna Onkologia (2009) vol. 13; 1, s. 34–40.

17. Marti J, Modolo MM, Fuster J i wsp. *Prognostic factors and time-related changes influence results of colorectal liver metastases surgical treatment: a single-center analysis.* World J Gastroenterol 2009; 15: 2587–259.

18. Leszczyńska K., Likos A., Irzyniec T., Leszczyński G., *Wpływ badań przesiewowych na zmniejszenie śmiertelności z powodu raka jelita grubego, „*Zdrowie i Dobrostan" 2013, nr 1, s. 115-133.

19. *Diagnostyka obrazowa (RTG),* Krajowy Rejestr Nowotworów, [online:] nowotwory-wprowadzenie/ [odczyt: 06.08.2020].

20. *Tomografia komputerowa- na czym polega i kiedy się ją wykonuje?*, [online:] https://lekarzebezkolejki.pl/blog/tomografia-komputerowa-na-czym-polega-i-kiedy-sie-ja-wykonuje/w-437/ [odczyt: 08.07.2020].

21. Pazdur R., Wagman L.D., Camphausen K.A, Hoskins W.J., *Nowotwory złośliwe. Postępowanie wielodyscyplinarne*, Lublin: Czelej 2012, t. 1, s. 243-266.

22. *Tomografia emisyjna pozytonowa*, [online:] https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/;3987989/ [odczyt: 10.07.2020].

23. Kata-Bury J., *Rak jelita grubego rozwija się latami- zbadaj się, aby go przechytrzyć,* [online:] https://diag.pl/pacjent/rak-jelita-grubego-rozwija-sie-latami-zbadaj-sie-aby-go-przechytrzyc/ [odczyt: 18.12.2020].

24. Teixeira M.C., Braghiroli M.I., Sabbaga J., Hoff P.M., *Primary prevention of colorectal cancer: myth or reality?,* [online;] https://pubmed.ncbo.nlm.nih.gov/25386054/ [odczyt: 13.12.2020].

25. Śliwczyński A., Rzeźnicki A., Czeleko T., i wsp., *Chorobowość oraz finansowanie terapii nowotworów w Polsce w latach 2002–2011 według danych NFZ. Nowotwory*, ,,Journal of Oncology'' 2014, nr 64:, s. 109–118.

26. Potemski P., Polkowski W., i wsp., *Nowotwory układu pokarmowego*, Gdansk: Via Medica 2019, s.180-185.

27. Jastrzębski T., Cichon P., *Rak jelita grubego (okrężnica) - leczenie*, [online:] https://www.onkonet.pl/dp_npp_rakokreznicy_2.php/ [odczyt: 12.02.2020].

28. Jastrzębski T., Cichon P., *Rak jelita grubego (okrężnicy) - leczenie*, [online:] https://www.onkonet.pl/dp_npp_rakokreznicy_2.php/ [odczyt: 01.12.2021].

29. Chemioterapia- metoda leczenia nowotworów, [online:] https://www.onkonet.pl/dp_chemioterapia.php/ [odczyt: 20.12.2020].

30. Baza leków, *Folinian wapniowy w postaci racemicznej*, [online:] https://www.mp.pl/pacjent/leki/subst.html?id=1335/ [odczyt: 02.02.2021].

31. Baza leków, *Fluorouracyl 400 mg*, [online:] https://www.mp.pl/pacjent/leki/subst.html?id=329/ [odczyt: 02.02.2021].

32. Baza leków, *Fluorouracyl 600 mg*, [online:] https://www.mp.pl/pacjent/leki/subst.html?id=329/ [odczyt: 02.20.2021].

33. Baza leków, *Kapecytabina,* [online:] https://www.mp.pl/pacjent/leki/subst.html?id=3857/ [odczyt 01.23.2021].

34. Baza leków, *Oksaliplatyna,* [online:] https://www.mp.pl/pacjent/leki/subst.html?id=3513/ [odczyt: 01.02.2021].

35. Baza leków, *Bewacyzumab,* [online:] https://www.mp.pl/pacjent/leki/subst.html?id=4483/ [odczyt: 01.02.2021].

36. Baza leków, *Irynotekan,* [online:] https://www.mp.pl/pacjent/leki/subst.html?id=420/ [odczyt: 01.09.2021].

37. Baza leków, *Cetuksymab,* [online:] https://www.mp.pl/pacjent/leki/subst.html?id=4578/ [odczyt: 02.01.2021].

38. Baza leków, *Panitumumab*, [online:] https://www.mp.pl/pacjent/leki/subst.html?id=4661/ [odczyt: 02.13.2021].

39. Jastrzębski T., Cichon P., *Rak jelita grubego (okrężnicy) - leczenie*, [online]: https://www.onkonet.pl/dp_npp_rakokreznicy_2.php#menu7 [odczyt: 05.06.2020].

40. Kłoda-Krajewska O., *Reakcje psychiczne na chorobę nowotworową na jej różnych etapach,* [online:] http://www.sarcoma.pl/psychoonkologia/reakcje-psychiczne-na-chorobe-nowotworowa-na-jej-roznych-etapach/ [odczyt: 06.18.2020]

41. Juszczyński Z., *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych 2002, s. 5-7.

42. de Walden- Gałuszko K., Tarcza woli życia, [w:] *Siły, które pokonają raka. Psychologiczne terapie wspomagające w chorobie nowotworowej*, (red.) P. Pająk, Kielce: Wydawnictwo Charaktery 2013, s. 23-30

43. Heszen – Niejodek I., *Radzenie sobie z konfrontacją stresową, „*Nowiny Psychologiczne" 1991, nr 1–2, s. 13-26.

44. Endler N.S., Parker J.D.A., *Assessment of multidimensional coping :task,emotion and avoidance strategies,* "Psychological Assessment",1994, s. 321–344.

45. Gwozdecka E., *Styl i strategie radzenia sobie z chorobą a stan emocjonalny pacjentów po zawale serca*, Katowice 1999, s. 85.

46. Cylkowska-Nowak M., *Między promocją zdrowia, profilaktyką a terapią – zasadnicze podejścia edukacji na rzecz* zdrowia, [w:] *Edukacja zdrowotna. Możliwości, problemy, ograniczenia,* (red.) M. Cylkowska-Nowak, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego 2008: s. 13-20.

47. Hejwosz D. A., *Edukacja pacjentów a edukacja studentów. Próba zróżnicowania*, [w:] *Edukacja zdrowotna. Możliwości, problemy, ograniczenia*, (red.) M. Cylkowska-Nowak, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego 2008, s. 205-207.

48. Swaminath G., *Psychoeducation,* „Indian Journal of Psychiatry" 2009, wyd.3, s. 171–172.

49. Dorfmüller M., Dietzfelbinger H., *Psychoonkologia. Diagnostyka - Metody Terapeutyczne.* Wrocław: Elsevier Urban & Partner 2011, s. 348.

50. Rogiewicz M., Lutostańska M., *Psychospołeczne problemy osób chorych onkologicznie*, [w:] *Akademia Walki z Rakiem – wsparcie społeczne*, (red.) M. Rębiałkowska-Stankiewicz, M. Kowalczyk, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek 2013, s. 24–52.

51. de Walden–Gałuszko K., Majkowicz M., Zdun–Ryżewska A., *Zaburzenia przystosowania do choroby nowotworowej: trudności diagnostyczne zespołów depresyjnych*, ,,Psychoonkologia" 2013, nr 1, s. 10–15.

52. Smith S. K., Zimmerman S., Williams C. S., Benecha H., Abernethy A. P., Mayer D. K., Edwards L.J., Ganz P.A., *Post-Traumatic Stress Symptoms in Long-Term Non-Hodgkin's Lymphoma Survivors: Does Time Heal?,* ,,Journal Clinic Oncology" 2011, 29 (34), s. 4526-4533.

53. McArdle J. M., George W. D., McArdle C. S., i wsp., *Psychological support for patients undergoing breast cancer surgery: a randomised study.* [online:] https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2350687/ [odczyt: 22.12.2020].

54. Janiec W., *Kompendium Farmakologii*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2015, t. 4, s. 505-506.

55. Janiec W., *Kompendium Farmakologii*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2015, t. 4, s. 506-508.

56. Sęk H., *Społeczna psychologia kliniczna.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN 2014, s. 105–110.

57. Krok D., *W poszukiwaniu znaczenia choroby nowotworowej*, Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu , Opolskiego 2017, s.35-37.

58. Katon W., *The epidemiology of depression in medical care. [*online] https://translate.google.com/translate?hl=pl&sl=en&u=https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3294691/&prev=search&pto=aue [odczyt: 20.10.2020

59. World Health Organization, *Depression,* [online:]http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/ [odczyt: 19.02.2021].

60. Mathers C. D., Loncar D., *Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030*, „PLoS Med." 2006, nr 3 (11), s. 442.

61. Pużyński S., *Depresje i zaburzenia afektywne*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2002, s.11−18.

62. Katon W., *The epidemiology of depression in medical care.*[online] https://translate.google.com/translate?hl=pl&sl=en&u=https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3294691/&prev=search&pto=aue [odczyt: 25.10.2020]

63. Hammen C., *Depresja*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 2006, s.13.

64. Hammen C., *Depresja*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 2006, s.10-17.

65. Hammen C., *Depresja*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 2006, s.11-87.

66. Stowarzyszenie Aktywne Przeciwko Depresji, *Obraz kliniczny depresji*, [online] http://www.depresja.org/ [odczyt: 12.09.2020].

67. Rybakowski J., Pużyński S., Wciórka J., *Psychiatria,* t.II, Wrocław: Elsevier Urban & Partner, 2011, s. 305–375.

68. Bilikiewicz A., Strzyżewski W., *Psychiatria: podręcznik dla studentów medycyny.* Warszawa: Wydawnictw Lekarskich PZWL, 2009, s. 81-86.

69. Brannon L., P*sychologia rodzaju,* Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002, s. 491.

70. Seligman M.E.P., Walker E.F., Rosenhan D.L., *Psychopatologia.* Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2003, s.281.

71. Ng C.G., Boks M. P. M., Zainal N. Z., de Wit N. J., *The prevalence and pharmacotherapy of depression in cancer patients,*,, J. Affect. Disord." 2011, 131, s.1-7.

72. Hickie L. B., Rogers N. L., *Novel melatonin-based therapies: potential advances in the treatment of major depression*, ,,THE LANCET" 2011, s. 621-631

73. Janiec W., *Kompendium farmakologii*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2015, t. 4, s. 74-76.

74. Janiec W., *Kompendium farmakologii*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2015, t. 4, s. 76-77.

75. Wenlafaksyna, [online:] https://www.mp.pl/pacjent/leki/subst.html?id=836/ [odczyt: 23.02.2021].

76. Janiec W., *Kompendium farmakologii*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2015, t. 4, s. 76-78.

77. Janiec W., *Kompendium farmakologii,* Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2015, t. 4, s. 67-81.

78. Grassi L., Riba M., *Depressive Disorders in Physical Illness,* Geneva: World Psychiatric Association, 2008, s.67-81.

79. de Walden-Gałuszko K., *Psychoonkologia W Praktyce Klinicznej*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015, s.113.

80. Nikodei CH., Terhoeven V., Ehrenthal J.C., Maatouk I., Wild B., Herzog W., Friederich H.CH., *Depression profile in cancer patients without a chronic somatic disease.* Psycho-oncology, 27 (1), s. 83-90.

81. Jia Y., Li F., Liu Y. E., Zhao J.P., Leng M.M., Chen L., *Depression and cancer risk: a systematic review and mata-analysis*. Public Health, 2017, s. 138-148.

82. Łuczyk M., I wsp. *Występowanine I nasilenie zaburzeń lękowych i depresyjnych u obiet z rakiem piersi przygotowanych do leczenia chirurgicznego.* Formerly Journal of Health Sciences. ISSN 1429-9623 / 2300-665X. Archives 2011 – 2014

83. Bonhof C.S., van de Poll- Franse L.V., Vissers P.A.J., Wasowicz D.K., Wegdam J.A., Révész D., Vreugdenhil G., Mols F., *Anxiety and depression mediate the association between chemotherapy induced peripheral neuropathy and fatigue: Results from the population- based PROFILES registry,* Psycho-Oncology, 2019, s. 1926-1933.

84. Kapella I., Bąk E., Krzemińska S.A., Foltyn A., *Ocena poziomu akceptacji choroby i satysfakcji z życia u chorych na raka jelita grubego leczonych chemioterapią.* Pielęgniarstwo I Zdrowie Publiczne 2017 s.53-61.

85. Padesky Ch.A., Greenberger D., *UMYSŁ PONAD NASTROJEM*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego 2017, s. 224.

86. de Walden-Gałuszko K., *Psychoonkologia W Praktyce Klinicznej,* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015, s.103-104.

87. Gerrig R.J., Zimbardo P. G., *Psychologia i życie,* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN 2018, s. 524-545.

88. Lęk, Encyklopedia PWN, [online:] https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/lek;3932148.html/ [odczyt: 21.02.2021].

89. Lęk, Encyklopedia dzieciństwa, [online:] http://encyklopediadziecinstwa.pl/index.php/Lęk/ [odczyt: 21.02.2021].

90. Polsky D., Doshi J. A., Marcus S. et al., *Longterm risk for depressive symptoms after a medical diagnosis,* ,, Arch Intern Med. "2005; 165(11): 1260–1266, doi: 10.1001/archinte.165.11.1260, indexed in Pubmed: 15956005.

91. de Walden-Gałuszko K., *Psychoonkologia W Praktyce Klinicznej,* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015, s.104.

92. National Institute of Mental Health, Anxiety Disorders, [online:] https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders/index.shtml#pub2/ [odczyt: 20.02.2021].

93. Marrison J., *DSM-5 BEZ TAJEMNIC Praktyczny przewodnik dla klinicystów,* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego 2016, s. 194-195.

94. Bernard D., Zysnarska M., Pyszczorska M., Bączyk G., Jędrasiak L., *Wsparcie społeczne udzielone przez personel medyczny jako czynnik obniżonego lęku u pacjentów leczonych na oddziałach onkologicznych*. „Nowiny Lekarskie", 2008, 77, 6, s. 421-425.

95. Dryhinicz M., Rzepa T., *Poziom lęku, akceptacja chorobby i radzenie sobie ze stresem przez pacjentki onkologiczne i nieonkologiczne,* „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin- Polonia, 2018, s. 7-21.

96. Kozieł P., Lomper K., Uchmanowicz B., Polanski J., *Związek akceptacji choroby oraz lęku i depresji z oceną jakości życia pacjentek z chorobą nowotworową gruczołu piersiowego,* „Medycyna Paliatywna w Praktyce", 2016 ;10,1, s. 28-36.

97. Marrison J., *DSM-5 BEZ TAJEMNIC, Praktyczny przewodnik dla klinicystów,* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego 2016, s. 198-199.

98. Marrison J., *DSM-5 BEZ TAJEMNIC, Praktyczny przewodnik dla klinicystów,* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego 2016, s. 202.

99. Marrison J., *DSM-5 BEZ TAJEMNIC, Praktyczny przewodnik dla klinicystów,* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego 2016, s. 205-206.

100. Kieszkowska- Grudny A., *Zaburzenia psychiczne u chorych na nowotwory-podejście kliniczne, „*OncoRoview*",2013;2, s.119-128*

101. Marrison J., *DSM-5 BEZ TAJEMNIC, Praktyczny przewodnik dla klinicystów,* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego 2016, s. 212-213.

102. Marrison J., *DSM-5 BEZ TAJEMNIC, Praktyczny przewodnik dla klinicystów,* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego 2016, s. 220.

103. Marrison J., *DSM-5 BEZ TAJEMNIC, Praktyczny przewodnik dla klinicystów,* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego 2016, s. 222.

104. Marrison J., *DSM-5 BEZ TAJEMNIC, Praktyczny przewodnik dla klinicystów,* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego 2016, s. 244.

105. Marrison J., *DSM-5 BEZ TAJEMNIC, Praktyczny przewodnik dla klinicystów,* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego 2016, s. 180.

106. Marrison J., *DSM-5 BEZ TAJEMNIC, Praktyczny przewodnik dla klinicystów*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego 2016, s. 279, 288.

107. Kossakowska E. A., *Kancerofobia (lęk przed nowotworami) -przyczyny, objawy, leczenie,* [online] https://onkolmed.pl/kancerofobia-lek-przed-nowotworami-przyczyny-objawy-leczenie/ [odczyt: 23.02.2021].

108. Janiec W., *Kompendium farmakologii,* Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2015, t. 4, s. 44-47.

109. Janiec W., *Kompendium farmakologii,* Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2015, t. 4, s. 49-50

110. Janiec W., *Kompendium farmakologii*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2015, t. 4, s. 52.

111. W. Janiec, *Kompendium farmakologii*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2015, t. 4, s. 74-76.

112. Nęcki T., *Terapia poznawczo- behawioralna: na czym polega i jak przebiega leczenie tą,metodą?,*[online:]_https://www.poradnikzdrowie.pl/psychologia/zdrowie/psychiczne/terapia-poznawczo-behawioralna-na-czym-polega-i-jak-przebiega-leczenie-aa-PJPh-Unic-RLDn.html/ [odczyt: 23.02.2021].

113. Kocur N., *Relaksacja: 4 najlepsze techniki i ćwiczenia relaksacyjne*, [online:] https://www.pokonajlek.pl/relaksacja/ [odczyt: 19.02.2021].

114. Lutz A., Slagter H. A. Dunne J.D., Davidson R.J., *Attention regulation and monitoring in meditation,* [online:] https://www.cell.com/trends/cognitive-sciences/fulltext/S1364-6613(08)00052-1/ [odczyt: 23.02.2021].

115. Kocur N., *Leczenie lęku - przewodnik po dostępnych metodach*, [online:] https://www.pokonajlek.pl/leczenie-leku/ [odczyt: 19.02.2021].

116. Felton B. J., Revenson T. A.,. Hinrichsen G. A., *Skala akceptacji choroby AIS, [*w:] Z. Juszczyński, *Narzędzia pomiaru w promocji i psychoonkologii zdrowia*, Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych 2009, s.162-166.

117. Keogh A. M., Feehally J., *A quantitative study comparing adjustment and acceptance of illness in adults on renal replacement therapy*, ,,Am Nephrol Nurs Assoc J" 1999 (26), s. 471.

118. Dolińska-Zygmunt G. *Podmiotowe uwarunkowania zachowania się pacjenta wobec własnej choroby. [*w:] Dolińska-Zygmunt G. (red.) Podstawy psychologii zdrowia. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001: 243–259.

119. Kobierzycki T., *Filozofia osobowości. Od antycznej idei duszy do współczesnej teorii osoby*, Warszawa: Wydawnictwo ENETEIA 2001, s.153

120. Rupiński R., *Ból ostry*, Warszawa: Wydawnictwo Medical Education 2013, s.5-16.

121. Juszczyński Z., *NPPPZ- Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia,* Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych 2012, s. 23-34.

122. Basińska M. A., *Funkcjonowanie psychologiczne pacjentów w wybranych chorobach endokrynologicznych. Uwarunkowania somatyczne i osobowościowe,* Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego 2009, s. 34-37.

123. Ogińska-Bulik N., *POTRAUMATYCZNY ROZWÓJ W CHOROBIE NOWOTWOROWEJ- ROLA PRĘŻNOŚCI,* „Polskie Forum Psychologiczne", 2010, 15 (2), s. 125-136.

124. Dembe K., Chłosta P. L., Czech A. K., *Oblicza choroby nowotworowej, poradnik dla pacjentów z nowotworami układu moczowo-płciowego oraz ich rodzin lub opiekunów,* Warszawa: Wydawnictwo: Polskie Towarzystwo Urologiczne 2019, s.15-16.

125. 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: 106–113.

126. Zielińska-Więczkowska H., Betłakowski J., *Jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową poddanych chemioterapii,* Warszawa: „Współczesna Onkologia" 2010, s. 276-228.

127. Andruszkiewicz A., Kubica A., Nowik M, Marzec A, Banaszkiewicz M., *Poczucie koherencji i poczucie własnej skuteczności jako wyznacznik akceptacji choroby w grupie pacjentów przewlekle chorych,* „ Probl Pielęg". 2014, s.239-245.

128. Chojnacka-Szawłowska G., *Psychologiczne aspekty przewlekłych chorób somatycznych,* Warszawa: Wydawnictwo Vizja Press & IT 2012, s.38-98.

129. Motyka M., *Pielęgnowanie a pomoc psychiczna w chorobie,* Warszawa: Centrum Edukacji Medycznej 1999, s. 16.

130. Salmon P., *Psychologia w medycynie,* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 2003, s. 130.

131. Bishop G. D., *Psychologia zdrowia*, Wrocław: Wydawnictwo Astrum 2000, s. 213.

132. de Walden-Gałuszko K., *Psychoonkologia w Praktyce Klinicznej,* Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2015, s.139- 140

133. Karczmarek-Borowska B., Niemiec A., Pop T., *Wpływ rehabilitacji na poprawę jakości życia chorych w trakcie chemioterapii*, ,,Onkologia Polska" 2012, 15 (4), s. 143–148.

134. de Walden-Gałuszko K., *Psychoonkologia w Praktyce Klinicznej,* Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2015, s.140-142.

135. Kołpa M., Grochowska A., Wywrot-Kozłowska B., Jurkiewicz B., *Czynniki determinujące akceptację i przystosowanie do choroby nowotworowej*, ,, Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne" 2015, 3, s. 165–169.

136. de Walden-Gałuszko K., Psychoonkologia w Praktyce Klinicznej, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2015, s.143-145.

137. Chan C. M. H., Wan Ahmad W. A. W., Yusof M.M.D., Ho G.F., Krupat E., *Effects of depression and anxiety on mortality in a mixed cancer group: a longitudinal approach using standardised diagnostic interviews*, ,,Psychooncology" 2015, 24 (6), s. 718–725, [online:] https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25345781/ [odczyt: 21.03.2021].

138. Juczyński Z., *NPPPZ- Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia,* Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznycznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego 2001, s.168-170.

139. Yang Ch.Ch., Cheng L.Ch., Lin Y.W., Wang S.CH., Ke T.M., Huang CH.I. Su Y.CH., Tai M.H., *The impact of marital status on survival in patients with surgically treated colon cancer*, ,,National Library of Medicine'' 2019, 98 (11).

140. Liao O.H., Lee Ch.Ch. *The influence of marital status on survival for patients aged 65 years and younger with oral cavity cancer*, ,, National Library of Medicine'' 2018, 45 (6)

141. Given B.A., Given C.W., Kazachik S., *Family support in advanced cancer.* ,,CA cancer journal for clinicias", 2001, 51 (4), s. 213-231.

142. Zielazny P., Zarzeczna-Baran M., Wojtecka A., *System rodziny a nowotwór- wybrane zagadanienia*, ,,Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu", 2013 Tom 19, Nr 4, s. 439-444.

143. Sarna L , Brecht M.L . *Dimensions of symptom distress in women with advanced lung cancer: a factor analysis*.. Heart Lung 1997, s. 23 – 30 .

144. de Walden-Gałuszko K., *Psychoonkologia w Praktyce Klinicznej,* Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2015, s.139- 154.

145. Stommel M., Kingry M., *Support patterns for spouse-caregivers of cancer patients. The effect of the presence of minor children*. Cancer Nursing, 14 (4), 200-205.

146. de Walden- Gałuszko K., Majkowicz M., *OCENA JAKOŚCI OPIEKI PALIATYWNEJ W TEORII I PRAKTYCE,* Gdańsk: Akademia Medyczna, Zakład Medycyny Paliatywnej 2000, s. 26-31.

147. Juszczyński Z., *NPPPZ- Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia,* Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego 2009, s. 167-178.

148. Juszczyński Z., *NPPPZ- Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia,* Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego 2009, s. 12-17.

149. de Walden- Gałuszko K., Majkowicz M., *OCENA JAKOŚCI OPIEKI PALIATYWNEJ W TEORII I PRAKTYCE,* Gdańsk: Akademia Medyczna, Zakład Medycyny Paliatywnej 2000, s.34-36.

150. Beck A.T., Steer R.A., Brown G.K., *BDI-II Inwentarz Depresji Becka-wydanie drugie,* Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2019, s. 15-79.

151. Maliński M., *WYBRANE ZAGADNIENIA STATYSTYKI MATEMATYCZNEJ W EXCELU I PAKIECIE STATISTICA,* Gliwice: Wydawnictwo Politechnika Śląska 2015,s. 136, 174.

152. 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.

153. Rymaszewska J., *Reakcja adaptacyjna, lęk, depresja,* [w:] Leczenie wspomagające w onkologii, (red.) K. Krzemienicy, Poznań 2008, s.235-243.

154. Onitilo A.A., Nietert P.J., Egede L.E., *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, doi: 10.1016/j.genhosppsych.2006.05.006, indexed in Pubmed: 16950374.

155. Chan C.M., Wan Ahmad W.A., Yusof M.M.D., et al. *Effects of depression and anxiety on mortality in a mixed cancer group: a longitudinal approach using standardised diagnostic interviews.* Psychooncology. 2015; 24(6): 718–725, doi: 10.1002/pon.3714, indexed in Pubmed: 25345781.

156. Katon W.J., Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness, „Dialogues Clinic Neurosci" 2011,1, s.7-23.

157. Fryc–Martyńska J., *Wsparcie społeczne jako forma pomocy w procesie zmagania się z krytycznymi wydarzeniami życiowymi,* „Psychoonkologia "1997, 1, s. 99–102.

158. de Walden–Gałuszko K., Majkowicz M., *Zdun–Ryżewska* A., *Zaburzenia przystosowania do choroby nowotworowej – trudności diagnostyczne zespołów depresyjnych,* „Psychoonkologia" 2013, 1, s. 10–15.

159. Rotter I., Urbańska E., Żułtak- Bączkowska K., Mroczek B., Wichlińska- Pakirska J., Karakiewicz B., *Ocena występowania depresji wśród pacjentów poddanych chemioterapii paliatywnej z powodu raka płuc*. Fam Med Prim Care Rev, 2010, s.301-303.

160. Kurowska K., Kubak A., "*Wpływ poczucia koherencji na depresyjność u osób z rozpoznaniem raka jelita grubego*." Pielęg Chir Angiol 3, 2011 s.149-154.

161. Jimenez-Fonseca, P., Calderón, C., Hernández, R. *et al.* Czynniki związane z lękiem i depresją u chorych na nowotwory przed rozpoczęciem leczenia uzupełniającego. *Clin Transl Oncol* **20** , 1408–1415 (2018). https://doi.org/10.1007/s12094-018-1873-9.

162. Inhestern, L., Beierlein, V., Bultmann, J.C. *et al.* Anxiety and depression in working-age cancer survivors: a register-based study. *BMC Cancer* **17**, 347 (2017). https://doi.org/10.1186/s12885-017-3347-9 .]

163. Humaniak E., Wolańska K., Tarkowski Z., *Czynniki wpływające na przystosowanie psychiczne do choroby pacjentów po laryngektomii*,.,„Otorynolaryngologi". 2016, s. 2-8.

164. Nowicki A, Rządkowska B. Depression and anxiety in patients with cancer. Contemporary Oncology/Współczesna Onkologia. 2005;9(9):396-403.].

165. *Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: a meta-analysis*. Satin JR, Linden W, Phillips MJ. *Cancer.* 2009;115:5349–5361.

166. Modlińska A., Buss T., Krakowiak P., *Ocena jakości życia osób w wieku podeszłym w terminalnym okresie choroby nowotworowej.* Prz Lek. 2009;12:14–25

167. Mielcarek P., Kozaka J., *Funkcjonowanie emocjonalne chorych z objawami niepowodzenia chemioterapii zaawansowanego raka jajnika*. Psychoonkologia 2006; 10,s. 9-14

168. Medeiros, M., Oshima, C.T.F. & Forones, N.M. Depression and Anxiety in Colorectal Cancer Patients. *J Gastrointest Canc* **41**, 179–184 (2010). https://doi.org/10.1007/s12029-010-9132-5

169. Krzakowski M., *Postępy w zakresie systemowego leczenia raka jelita grubego w stadium zaawansowanym", ONKOLOGIA W PRAKTYCE KLINICZNEJ 2005, tom 1, nr 1, s. 27-29.*

170. Sobrero *A.F*., Aschele C., Bertino J.R., *Fluorouracil in colorectal cancer: a tale of two drugs — implications for biochemical modulation*. J. Clin. Oncol. 1997; 15, s. 368–381.

171. de Gramont A., Figure A., Seymour M. i wsp. *Leucovorin and fluorouracil with or without oxaliplatin as first-line treatment in advanced colorectal cancer*. J. Clin. Oncol. 2000; 18, s.136–147

172. Souglakos J., Ziras N., Polyzos A., i wsp. *Oxaliplatin (l-OHP) combined with irinotecan (CPT-11), leucovorin (LV) and fluorouracil (5-FU) compared with irinotecan, leucovorin and fluorouracil as first line treatment for metastatic colorectal cancer (MCC): preliminary results of a multicenter randomised phase III trial.* Proc. Am. Soc. Clin. Oncol. 2004; 23: 253 (a1053).

173. Ślubowska M., Ślubowski T., *Problemy psychosocjalne w raku piersi.* Psychoonkologia 2008; 12, s. 14-25

174. Krzakowski M., *Postępy w zakresie systemowego leczenia raka jelita grubego w stadium zaawansowanym,* ONKOLOGIA W PRAKTYCE KLINICZNEJ 2005, tom 1, nr 1, s.34

175. Liang X., Margolis K.L., Hendryx M., et al. *Effect of depression before breast cancer diagnosis on mortality among postmenopausal women*. Cancer. 2017; 123(16): 3107–3115, doi: 10.1002/cncr.30688, indexed in Pubmed: 28387934.

176. Czerw AI, Religioni U, Deptała A, Walewska-Zielecka B. *Assessment of pain, acceptance of illness, adjustment to life with cancer, and coping strategies in colorectal cancer patients*. Gastroenterology Review/Przegląd Gastroenterologiczny. 2016;11(2):96-103. doi:10.5114/pg.2015.52561.

177. Kołpa M., Wywrot-Kozłowska B., Jurkiewicz B., Grochowska A., *Czynniki determinujące akceptację i dostosowania do choroby nowotworowej*, „ Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne" 2015, 3, s. 165–169.

178. Wojtas K., Pietrasik A., Oskędra I., *Akceptacja chroby nowotworowej przez młodych dorosłych a strategia radzenia sobie- doniesienie wstępne*. Problemy Pielęgniarstwa 2017; 25 (4),s. 252–256

179. Smoleń E., Magdalena J., Hombek K., Słysz M., Kalita K., *Akceptacja I przystosowanie do choroby u pacjentów leczonych onkologicznie*, Problemy Pielęgniarstwa 2018; 26 (1): 37–43

180. Zauszniewski J.A., Bekhet A.K., Lai C.Y., McDonald P.E., Musil C.M., *Effects of teaching resourcefulness and acceptance on affect, behavior, and cognition of chronically ill elders*, „Issues Ment Health Nurs" 2007, 28, s.575-592.

181. Szczepańska-Gieracha J, Malicka I, Rymaszewska J, Woźniewski M. *Przystosowanie psychologiczne kobiet bezpośrednio po operacji onkologicznej i po zakończeniu leczenia.* Współcz Onkol 2010; 14: 403-410

182. Kapela I., Bąk E., Krzemińska S.A., Foltyn A., *Ocena poziomu akceptacji choroby i satysfakcji z życia u chorych na raka jelita grubego leczonych chemioterapią*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne"2017, 26 (1), s. 53-61.

183. Szwat B., Słupski W., Krzyżanowski D., *Sposoby radzenia sobie z chorobą nowotworową a poczucie depresji i nasilenie bólu u chorych objętych opieka paliatywną*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne" 2011, (1), s. 35–40.

184. Sesiuk A., Rzepiela L., *Wybrane zaburzenia psychiczne w przebiegu chorób nowotworowych",* Psychiatr Psychol Klin 2016, 16 (1), p. 21–26 DOI: 10.15557/PiPK.2016.0004, s. 26.

185. de Walden – Gałuszko K., Majkowicz M., Trzebiatowska I., *Najczęstsze problemy psychiczne w ambulatoryjnej praktyce onkologicznej*, „ Psychoonkologia" 1998, 2, s. 21–26.

186. Araszkiewicz A., Bartkowiak W., Starzec W., *Zaburzenia lękowe w chorobie nowotworowej*, „Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej" 2004, 4, s. 157–166.

187. Tomaszewska I., *Psychologiczne aspekty w chorobie nowotworowej*. [w:] de Walden Galuszko K (red.).„ Psychoonkologia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej", Kraków 2000, s. 71-81.

12. Streszczenie

Celem badania było sprawdzenie wpływu czynników społeczno-demograficznych, psychologicznych i klinicznych na występowanie lęku i depresji wśród pacjentów z nowotworem jelita grubego. Do badania zakwalifikowano pacjentów z rozpoznaniem raka jelita grubego hospitalizowanych w Beskidzkim Centrum Onkologii w Szpitalu Miejskim im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej, u których zastosowano własny kwestionariusz ankietowy dotyczący danych socjo-demograficznych i klinicznych oraz następujące kwestionariusze: Inwentarz Depresji Becka-II (BDI-II), Zmodyfikowaną Szpitalną Skalę Lęku i Depresji (HADS-M), Rotterdamską Lista Objawów (RSCL), Skalę Przystosowania do Choroby Nowotworowej (Mini-MAC) i Skalę Akceptacji Choroby (AIS).

Przedmiotem badania byli pacjenci, w wieku powyżej 18-go roku życia, którzy nie otrzymali leczenia lekami cytostatycznymi, wyrazili dobrowolną i świadomą zgodę na udział w badaniu oraz wykazywali sprawność umysłową pozwalającą na samodzielne wypełnienie standaryzowanych testów. Z badań wyłączono pacjentów, którzy mieli inne rozpoznanie kliniczne niż rak jelita grubego, w wieku poniżej 18. roku życia, wykazywali złe samopoczucie uniemożliwiające wypełnienie ankiety.

Grupa badawcza została podzielona na dwie grupy, ze względu na płeć biologiczną – grupa I obejmowała kobiety z rozpoznaniem raka jelita grubego, natomiast grupę II stanowili mężczyźni z rozpoznaniem raka jelita grubego. Pacjenci byli badani trzykrotnie: pierwsze badanie miało miejsce przed rozpoczęciem leczenia chemicznego, drugie badanie wykonano po 15 tygodniach leczenia chemioterapią, trzecie badanie odbyło się po zakończeniu chemioterapii.

Stwierdzono, że kobiety podczas drugiego i trzeciego badania, w porównaniu do mężczyzn, wykazują wyższy poziom lęku i depresji. Kobiety częściej deklarowały odczuwanie złego samopoczucia wywołane lekami cytostatycznymi. Starsi mężczyźni wykazali natomiast podwyższony poziom lęku przed chemioterapią. W przypadku nasilenia objawów fizycznych w obu grupach, rośnie lęk i depresja. Korelacje między stylem radzenia sobie z chorobą oraz poziomem lęku i depresji wykazały, że im gorzej radzą sobie pacjenci z chorobą

nowotworową tym wyższy jest u nich poziom lęku i depresji. Uzyskane wyniki pokazują istotny wpływ zastosowanej chemioterapii na odczuwanie lęku i depresji.

Słowa kluczowe: rak jelita grubego, diagnoza, lęk, depresja, akceptacja choroby, chemioterapia, standaryzowane narzędzia badawcze.

12.1. Abstract

The aim of this research is to check how social, demographic, and psychological factors and clinical factors influence occurrence of anxiety and depression among patients suffering from colorectal cancer. Patients with a diagnosis of colorectal cancer hospitalized at the Beskid Oncology Center at the John Paul II City Hospital in Bielsko-Biala were qualified for the study. A self-administered survey questionnaire on socio-demographic and clinical data and the following questionnaires were used in the study: Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Hospital Anxiety and Depression Scale Modified (HADS-M), The Rotterdam Symptom Checklist (RSCL), Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale (Mini-MAC), Acceptance of Illness Scale (AIS).

Subjects were patients, aged 18 or older, who had not received treatment with cytostatic drugs, gave free and informed consent to participate in the study, and showed mental capacity to complete standardized tests independently. Patients were excluded from the study if they had a clinical diagnosis other than colorectal cancer, were under the age of 18, and exhibited malaise that prevented them from completing the questionnaire.

The study group was divided into two groups based on biological sex - Group I included women diagnosed with colorectal cancer, while Group II consisted of men diagnosed with colorectal cancer. Patients were examined three times: the first examination took place before the start of chemotherapy treatment, the second examination was performed after 15 weeks of chemotherapy treatment, and the third examination took place after the end of chemotherapy.

Women were found to have higher levels of anxiety and depression during the second and third examinations, compared to men. Women were more likely to declare experiencing malaise induced by cytostatic drugs. Older men, on the other hand, showed increased levels of anxiety about chemotherapy. When physical symptoms increased in both groups, anxiety and depression increased. Correlations between coping styles and levels of anxiety and depression showed that the worse the cancer patients coped, the higher their levels of anxiety and depression. The results show a significant impact of the chemotherapy used on the experience of anxiety and depression.

Keywords: colorectal cancer, diagnosis, anxiety, depression, disease acceptance, chemotherapy, standardized survey instruments.

13. Załączniki

ZAŁĄCZNIK NR 1 – Ankieta własnego autorstwa

INICIAŁY: ……

1. Płeć:
   a) Kobieta
   b) Mężczyzna

2. Wiek:
……

3. Miejsce zamieszkania:
   a) Wieś
   b) Miasto powyżej 50 tys. mieszkańców
   c) Miasto od 50 do 100 tys. mieszkanców
   d) Miasto powyżej 100 tys. mieszkańców

4. Wykrztałcenie:
   a) Podstawowe
   b) Zawodowe
   c) Średnie
   d) Wyższe

5. Stan cywilny:
   a) Panna/ Kawaler
   b) Mężatka/ Żonaty
   c) Rozwiedziona/ Rozwiedziony
   d) Wdowa/ Wdowiec

6. Jaki jest Pani/ Pana czas trwania choroby od rozpoznania do pierwszego kursu chemioterapii?
   a) Poniej 3 miesięcy
   b) 4-12 miesięcy
   c) 13-24 miesięcy
   d) Powyżej 24 miesięcy

7. Czy otrzymała Pani/ Pan dokładne informację na czym polega leczenie chemioterapią?
   a) Tak
   b) Nie

ZAŁĄCZNIK NR 2- HADS-M

HADS-M

ZMODYFIKOWANA SKALA HADS Autorzy wersji oryginalnej: A. S. Zigmond, R. P. Snaith
(Opracowanie w wersji polskiej: M. Majkowicz, K. de Walden-Gałuszko, G. Chojnacka-Szawłowska)

Lekarze są przekonani, że emocje odgrywają rolę w wielu chorobach. Jeśli Pana(-i) lekarz pozna lepiej Pana(-i) uczucia - będzie mógł lepiej Panu(-i) pomóc. Kwestionariusz ten jest przeznaczony do pomocy lekarzowi celem poznania Pana(-i) samopoczucia. Proszę przeczytać każde zdanie i zakreślić każdą kratkę z odpowiedzią, która jest najbliższa temu, jak się Pan(-i) czuł podczas ostatniego tygodnia.
Proszę nie zastanawiać się zbyt długo nad odpowiedzią - Pana(-i) natychmiastowa odpowiedź na każdy z punktów będzie prawdopodobnie bardziej trafna niż odpowiedź udzielona po dłuższym zastanowieniu.

1. Czułem(-am) się napięty(-a) lub podenerwowany(-a)

większość czasu		
sporo czasu		
od czasu do czasu		
wcale		

2. Wciąż cieszą mnie rzeczy, które zwykle sprawiały mi radość

zdecydowanie tak samo		
niezupełnie tak samo		
tylko trochę		
zupełnie nie		

3. Odczuwałem(-am) przerażające uczucie, jakby się miało zdarzyć coś okropnego

tak, bardzo wyraźniej coś bardzo złego		
wyraźnie, ale nie tak bardzo złego		
trochę, ale nie martwiło mnie to		
wcale czegoś takiego nie odczuwałem (-am)		

4. Potrafię się śmiać i dostrzegać zabawną stronę zdarzeń

tak samo jak kiedyś		
teraz nie tak bardzo jak kiedyś		
znacznie mniej niż kiedyś		
w ogóle nie		

5. Nachodzą mnie smutne myśli

większą część czasu		
sporo czasu		
od czasu do czasu, ale niezbyt często		
przypadkowo, nieregularnie		

6. Czuję się wesoły(-a) i pogodny(-a)

wcale nie		
nie często		
czasem		
większość czasu		

7. Mogę siedzieć spokojnie i czuć się zrelaksowany(-a)

zdecydowanie tak		
zwykle		
często		
wcale nie		

8. Czuję się jakbym był (-a) w „psychicznym dołku"

przez cały czas		
bardzo często		
od czasu do czasu		
wcale nie		

9. Mam zatrważające uczucie, jakby mi się coś trzęsło w środku

wcale nie		
od czasu do czasu		
dość często		
bardzo często		

10. Przestałem(-am) interesować się swoim wyglądem zewnętrznym

całkowicie przestałem (-am) się interesować		
nie dbam o siebie tak jak powinienem (-am)		
nie jestem wstanie dbać o siebie tak jak kiedyś		
dbam o siebie tak jak zawsze		

11. Nie mogę spokojnie usiedzieć na miejscu wewnętrznie

w bardzo znacznym stopniu		
w znacznym stopniu		
rzadko		
mogę siedzieć		

12. Oczekuję z radością na różne sprawy

tak bardzo jak kiedyś		
mniej niż kiedyś		
zdecydowanie mniej niż zwykle		
wcale nie		

13. Miewam nagłe uczucie panicznego lęku

bardzo często		
dość często		
niezbyt często		
wcale		

14. Mogę cieszyć się dobrą książką, programem RTV

często		
czasami		
niezbyt często		
bardzo rzadko		

15. Zdarzało się, że w ciągu ostatniego tygodnia wybuchałem(-am) gniewem

często		
czasami		
rzadko		
wcale		

16. Zdarzało się, że denerwowałem (-am) się i złościłem(-am)

często		
czasami		
rzadko		
wcale		

ZAŁĄCZNIK NR 3- BDI-II

BDI®-II

Data:

Imię i nazwisko: _____ Stan cywilny: _____ Wiek: _____ Płeć : K M

Zawód: _____ Wykształcenie: _____

Instrukcja: Kwestionariusz ten składa się z 21 grup stwierdzeń. Proszę przeczytać stwierdzenia każdej grupy bardzo uważnie i wybrać **jedno stwierdzenie** w każdej z nich, które najlepiej opisuje Pana (Pani) samopoczucie w przeciągu **ostatnich dwóch tygodni (z dniem dzisiejszym włącznie)**. Proszę otoczyć kółkiem cyfrę znajdującą się obok wybranego stwierdzenia. Jeżeli kilka stwierdzeń z danej grupy równie dobrze opisuje Pana (Pani) samopoczucie, proszę wybrać to, przy którym jest najwyższa cyfra. Proszę się upewnić, że zaznaczył (zaznaczyła) Pan (Pani) tylko jedno stwierdzenie w każdej z grup, włączając w to także stwierdzenia z grupy 16 (Sen) i 18 (Apetyt).

1. Smutek
- 0 Nie jestem smutny (smutna).
- 1 Jestem smutny (smutna) przez większość czasu.
- 2 Jestem smutny (smutna) przez cały czas.
- 3 Jestem stale tak smutny (smutna) i nieszczęśliwy (nieszczęśliwa), że jest to nie do wytrzymania.

2. Pesymizm
- 0 Nie jestem zniechęcony (zniechęcona) swoją przyszłością.
- 1 Czuję się bardziej zniechęcony (zniechęcona) swoją przyszłością niż zwykle.
- 2 Oczekuję, że nic mi się nie ułoży pomyślnie.
- 3 Czuję, że przyszłość jest beznadziejna i nic tego nie zmieni.

3. Minione porażki
- 0 Nie czuję się przegrany (przegrana).
- 1 Poniosłem (poniosłam) więcej porażek, niż powinienem (powinnam).
- 2 Kiedy spoglądam na to, co robiłem (robiłam) w przeszłości, widzę mnóstwo porażek.
- 3 Czuję, że jestem osobą całkowicie przegraną.

4. Utrata odczuwania przyjemności
- 0 Odczuwam tyle samo przyjemności z robienia rzeczy, które lubię, co zawsze.
- 1 Wiele rzeczy nie cieszy mnie tak jak zwykle.
- 2 Odczuwam niewielką przyjemność z robienia rzeczy, które kiedyś lubiłem (lubiłam).
- 3 Robienie rzeczy, które kiedyś lubiłem (lubiłam), nie sprawia mi obecnie żadnej przyjemności.

5. Poczucie winy
- 0 Nie czuję się winny (winna).
- 1 Czuję się winny (winna) z powodu wielu rzeczy, które zrobiłem (zrobiłam) lub których nie udało mi się zrobić.
- 2 Przez większość czasu w jakiś sposób czuję się winny (winna).
- 3 Stale czuję się winny (winna).

6. Odczucia karzące
- 0 Nie czuję, że spotyka mnie jakaś kara.
- 1 Czuję, że mogę być ukarany (ukarana).
- 2 Spodziewam się, że zostanę ukarany (ukarana).
- 3 Czuję, że spotyka mnie kara.

7. Niechęć w stosunku do siebie
- 0 Myślę o sobie to samo co zawsze.
- 1 Straciłem (straciłam) pewność siebie.
- 2 Jestem sobą rozczarowany (rozczarowana).
- 3 Nie lubię siebie.

8. Samokrytycyzm
- 0 Nie krytykuję ani nie obwiniam siebie częściej niż zwykle.
- 1 Jestem bardziej krytyczny (krytyczna) w stosunku do siebie niż zwykle.
- 2 Krytykuje się za wszystkie niepowodzenia.
- 3 Obwiniam siebie za wszystko, co dzieje się złego.

9. Myśli i pragnienia samobójcze
- 0 Nie mam żadnych myśli samobójczych.
- 1 Mam myśli samobójcze, ale nie zrealizowałbym (zrealizowałabym) ich.
- 2 Chciałbym (chciałabym) popełnić samobójstwo.
- 3 Popełniłbym (popełniłabym) samobójstwo, gdybym tylko miał (miała) taką sposobność.

10. Płacz
- 0 Nie płaczę częściej niż zwykle.
- 1 Płaczę częściej niż zwykle.
- 2 Płaczę z każdego, nawet najbłahszego powodu.
- 3 Chciałbym (chciałabym) płakać, lecz nie jestem w stanie.

Copyright © by Aaron T. Beck 1996. Wszystkie prawa zastrzeżone.
Polskie tłumaczenie i adaptacja. Copyright © 2007 Aaron T. Beck.
Zaadaptowano i opublikowano na podstawie licencji udzielonej przez NCS Pearson PLC.
Wersja polska opracowana przez Emilię Łojek i Aleksandrę Kowalską.

_____ Suma s. 1

Odwróć stronę

11. Niepokój

0 Nie jestem bardziej niespokojny (niespokojna) i podenerwowany (podenerwowana) niż zwykle.
1 Czuje się bardziej niespokojny (niespokojna) i podenerwowany (podenerwowana) niż zwykle.
2 Jestem tak niespokojny (niespokojna) i podenerwowany (podenerwowana), że trudno mi spokojnie usiedzieć.
3 Jestem tak niespokojny (niespokojna) i podenerwowany (podenerwowana), że wciąż muszę coś robić lub poruszać się.

12. Utrata zainteresowania

0 Nie straciłem (straciłam) zainteresowania innymi ludźmi i różnymi czynnościami.
1 Interesuję się innymi ludźmi i rzeczami mniej niż dawniej.
2 Utraciłem (utraciłam) większość zainteresowań innymi ludźmi i rzeczami.
3 Trudno jest mi zainteresować się czymkolwiek.

13. Niezdecydowanie

0 Podejmuję decyzje równie łatwo jak zawsze.
1 Podejmowanie decyzji jest dla mnie trudniejsze niż zwykle.
2 Podejmowanie decyzji jest dla mnie dużo trudniejsze niż zwykle.
3 Mam problemy z podjęciem jakiejkolwiek decyzji.

14. Poczucie niskiej wartości

0 Nie czuję się bezwartościowy (bezwartościowa).
1 Nie uważam się za tak wartościowego (wartościową) i pożytecznego (pożyteczną) jak dawniej.
2 Czuję się mniej wartościowy (wartościowa) w porównaniu z innymi.
3 Czuję się całkowicie bezwartościowy (bezwartościowa).

15. Utrata energii

0 Mam tyle samo energii co zawsze.
1 Mam mniej energii niż kiedyś.
2 Mam za mało energii, aby zrobić wiele rzeczy.
3 Mam za mało energii, aby zrobić cokolwiek.

16. Sen

0 Śpię tak samo jak dawniej.

1a Śpię nieco więcej niż zwykle.
1b Śpię nieco mniej niż zwykle.

2a Śpię znacznie więcej niż zwykle.
2b Śpię znacznie mniej niż zwykle.

3a Przesypiam większą część dnia.
3b Rano budzę się o 1–2 godziny za wcześnie i nie mogę ponownie zasnąć.

17. Drażliwość

0 Nie jestem bardziej drażliwy (drażliwa) niż zwykle.
1 Jestem bardziej drażliwy (drażliwa) niż zwykle.
2 Jestem znacznie bardziej drażliwy (drażliwa) niż zwykle.
3 Jestem rozdrażniony (rozdrażniona) przez cały czas.

18. Apetyt

0 Mam taki sam apetyt jak zwykle.

1a Mam nieco mniejszy apetyt niż zwykle.
1b Mam nieco większy apetyt niż zwykle.

2a Mam dużo mniejszy apetyt niż zwykle.
2b Mam dużo większy apetyt niż zwykle.

3a Nie mam w ogóle apetytu.
3b Mam ochotę na jedzenie przez cały czas.

19. Problemy z koncentracją

0 Nie mam problemów z koncentracją.
1 Moja koncentracja nie jest tak dobra jak zwykle.
2 Trudno mi się skupić na jednej rzeczy przez dłuższy czas.
3 Nie mogę się na niczym skupić.

20. Męczliwość

0 Nie jestem bardziej zmęczony (zmęczona) niż zwykle.
1 Męczę się łatwiej niż zwykle.
2 Jestem zbyt zmęczony (zmęczona), aby robić wiele rzeczy, które robiłem (robiłam) kiedyś.
3 Jestem zbyt zmęczony (zmęczona), aby robić większość rzeczy, które robiłem (robiłam) kiedyś.

21. Utrata zainteresowania seksem

0 Nie zauważyłem (zauważyłam) ostatnio żadnych zmian związanych z moim zainteresowaniem seksem.
1 Seks interesuje mnie nieco mniej niż dawniej.
2 Jestem teraz znacznie mniej zainteresowany (zainteresowana) seksem.
3 Utraciłem (utraciłam) wszelkie zainteresowanie seksem.

____ Suma s. 2

____ Suma s. 1

____ Wynik ogólny

ZAŁĄCZNIK NR 4 - RSCL

RSCL (Rotterdam Symptom Checklist)

Inicjały ..... Data badania .....

PROSZĘ POSTAWIĆ KRZYŻYK W KRATCE ZAZNACZAJĄC ODPOWIEDŹ, KTÓRA NAJLEPIEJ ILUSTRUJE STAN PANA(-I) ZDROWIA W OSTATNIM TYGODNIU.

	wcale	raczej nie	raczej tak	bardzo znacznie
brak apetytu (1)				
drażliwość, irytacja (2)				
zmęczenie, znużenie (3)				
martwienie się (4)				
ból mięśni (5)				
depresyjny nastrój (6)				
brak energii (osłabienie) (7)				
bóle krzyża, pleców (8)				
nerwowość (9)				
nudności (10)				
poczucie beznadziejności (11)				
trudności ze snem (12)				
bóle głowy (13)				
wymioty (14)				

	wcale	raczej nie	raczej tak	bardzo znacznie
zawroty głowy (15)				
napięcie (17)				
bóle brzucha (18)				
lęk (19)				
zaparcia (20)				
biegunka (21)				
zgaga, odbijanie (22)				
drżenie (23)				
mrowienie rąk i nóg (24)				
trudność koncentracji (25)				
zmiany w jamie ustnej, bóle przełykania (26)				
pieczenie / ból oczu (28)				
duszność / krótki oddech (29)				
suchość w ustach (30)				

Biorąc pod uwagę wszystkie powyższe elementy, proszę wskazać swoją jakość życia w ostatnim tygodniu.

bardzo dobra	
dobra	
raczej dobra	
przeciętna (ani dobra ani zła)	
raczej zła	
zła	
bardzo zła	

ZAŁĄCZNIK NR 5- AIS

B. J. Felton, T. A. Revenson i G. A. Hinrichsen

AIS

Adaptacja: Z. Juczyński

..... płeć M K wiek ..... data badania .....

Proszę ustosunkować się do każdego stwierdzenia zaznaczając na skali od 1 do 5 liczbę, która najlepiej określa Pana/i obecny stan. Swój wybór należy zaznaczyć otaczając kółkiem odpowiednią liczbę. Każda odpowiedź jest dobra o ile jest prawdziwa.

1. Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę

zdecydowanie zgadzam się	1	2	3	4	5	zdecydowanie nie zgadzam się

2. Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię

zdecydowanie zgadzam się	1	2	3	4	5	zdecydowanie nie zgadzam się

3. Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny

zdecydowanie zgadzam się	1	2	3	4	5	zdecydowanie nie zgadzam się

4. Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę

zdecydowanie zgadzam się	1	2	3	4	5	zdecydowanie nie zgadzam się

5. Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół

zdecydowanie zgadzam się	1	2	3	4	5	zdecydowanie nie zgadzam się

6. Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem

zdecydowanie zgadzam się	1	2	3	4	5	zdecydowanie nie zgadzam się

7. Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być

zdecydowanie zgadzam się	1	2	3	4	5	zdecydowanie nie zgadzam się

8. Myślę, że ludzie przebywający ze mną *są* często zakłopotani z powodu mojej choroby

zdecydowanie zgadzam się	1	2	3	4	5	zdecydowanie nie zgadzam się

AKC

Wydanie polskie: Copyright © 2012 by Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego Sp. z o.o.
ul. Belwederska 6A, 00-762 Warszawa
www.practest.com.pl

ZAŁĄCZNIK NR 6 – MINI-MAC

M. Watson, M. Law, M. dos Santos, S. Greer, J. Baruch i J. Bliss

Mini-MAC

Adaptacja: Z. Juczyński

..... płeć M K wiek ..... data badania .....

Poniżej podano stwierdzenia, które opisują reakcje ludzi chorych. Proszę przeczytać każde stwierdzenie i odpowiedzieć – ***w jakim stopniu odnosi się ono do Pana/i w chwili obecnej.*** Proszę odpowiedzieć na wszystkie pytania wstawiając X na właściwej odpowiedzi.

1. Mam ochotę się poddać	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
2. Jestem zatrwożony z powodu zachorowania	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
3. Jestem zdecydowany pokonać tę chorobę	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
4. Staram się nie myśleć o swojej chorobie	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
5. Jestem zadowolony z lat, które przeżyłem, a to co mi zostało jest jakby dodatkowo darowane	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
6. Czuję, że życie jest beznadziejne	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
7. To jest niszczące uczucie	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
8. Moja choroba mobilizuje mnie do walki	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
9. To, że nie myślę o swojej chorobie pomaga mi	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
10. Oddałem się w ręce Boga	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
11. Czuję się całkiem zagubiony i nie wiem co robić	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
12. Jestem bardzo zaniepokojony z powodu choroby	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
13. Próbuję walczyć z chorobą	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
14. Rozmyślnie odsuwam od siebie wszystkie myśli o nowotworze	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK

Proszę odwrócić kartkę

Wydanie polskie: Copyright © 2012 by Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego Sp. z o.o.
ul. Belwederska 6A, 00-762 Warszawa
www.practest.com.pl

Proszę przeczytać każde stwierdzenie i odpowiedzieć – ***w jakim stopniu odnosi się ono do Pana/i w chwili obecnej.***

15. Odkąd wykryto u mnie raka, zdaję sobie sprawę, jak cenne jest życie i staram się je wykorzystać	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
16. Nie potrafię uporać się ze swoją chorobą	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
17. Jestem trochę przestraszony	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
18. Jestem nastawiony bardzo optymistycznie	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
19. Odwracam swoją uwagę, gdy nachodzą mnie myśli o chorobie	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
20. Czuję, że nie mogę nic zrobić, żeby sobie pomóc	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
21. Boję się, że nowotwór powróci lub mój stan się pogorszy	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
22. Jestem wdzięczny za to, co osiągnąłem	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
23. Mam wrażenie, że to koniec świata	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
24. Odczuwam silną złość z powodu tego, co mi się przytrafiło	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
25. Obecnie staram się przeżywać każdy dzień	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
26. Nie radzę sobie	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
27. Trudno mi zrozumieć, że przydarzyło się to właśnie mnie	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
28. Nie mam wielkich nadziei na przyszłość	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK
29. Jestem zalękniony	zdecydowanie NIE	raczej nie	raczej tak	zdecydowanie TAK

LEK	WAL	BEZ	POZ	KON	DES