

POZIOM LĘKU I DEPRESJI A STOPIEŃ AKCEPTACJI CHOROBY U PACJENTÓW OBJĘTYCH OPIEKĄ HOSPICYJNĄ

Depression, anxiety, and illness acceptance in the terminally ill in hospice

Beata Kędzior¹, Izabella Uchmanowicz², Beata Jankowska-Polańska², Jacek Polański²

¹ Ośrodek Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej w Będkowie

² Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

³ Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu

adres do korespondencji: bianko@poczta.onet.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Choroba nowotworowa upośledza realizację celów zawodowych, rodzinnych i społecznych. Niepokój, lęk i poczucie zagrożenia są naturalną reakcją na chorobę przewlekłą. Ustalając plan opieki, poza negatywnymi reakcjami na chorobę somatyczną, wymienić należy pojęcie pozytywne – akceptację choroby.

Cel pracy. Ocena związku między lękiem i depresją a stopniem akceptacji choroby (ACH) u pacjentów objętych opieką hospicyjną.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród 32 pacjentów (średnia wieku 65 lat) przebywających w Ośrodku Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej w Będkowie. W badaniu wykorzystano: Inwentarz Depresji Becka, Szpitalną Skalę Lęku i Depresji (HADS-M), Skalę Akceptacji Choroby (*Acceptance of Illness Scale* – AIS).

Wyniki. Analiza objawów depresyjnych w badanej grupie wykazała, że 50% pacjentów w hospicjum cierpi z powodu wysokiego, a 44% umiarkowanego nasilenia objawów depresji. Według HADS-M, u 59% badanych rozpoznano wysokie odczuwanie lęku. Analiza poziomu ACH wykazała wysoki poziom akceptacji u 53% ankietowanych i umiarkowaną akceptację u 41% badanych pacjentów. Analiza korelacji wykazała dodatni związek depresji i lęku z ACH, co oznacza, że im wyższy lęk i depresja, tym wyższy poziom ACH.

Wnioski. 1. W badanej grupie najczęściej występuje umiarkowana lub ciężka depresja oraz graniczny lub wysoki poziom lęku. 2. Badani w zdecydowanej większości akceptują chorobę w stopniu umiarkowanym lub wysokim. 3. Istnieje istotny, umiarkowany i dodatni związek między lękiem, depresją a akceptacją choroby.

Słowa kluczowe: depresja, akceptacja choroby, opieka hospicyjna.

SUMMARY

Background. Diagnosis of cancer has consequences for professional, family and social life. Anxiety, fear and insecurity seem to be a natural reaction to the disease. Together with the negative reactions should be mentioned the positive concept of illness acceptance (IA).

Objectives. The aim of this study was to evaluate the association between anxiety and depression and the degree of IA in patients under the care of hospice.

Material and methods. The study included 32 patients (av. age 65) staying at the Centre for Palliative Medicine in Hospice in Będkowo. In the study we used the following questionnaires: Beck Depression Inventory, hospital anxiety and depression scale (HADS), Illness Acceptance Scale (AIS).

Results. Analysis of depressive symptoms in the group of patients showed that 50% of patients in hospice suffers from high and 44% moderate symptoms of depression. In the HADS – 59% of patients diagnosed with high feeling of anxiety. Analysis of the level of IA showed a high level of acceptance in 53% of the respondents and moderate acceptance in 41% of patients. Correlation analysis showed a positive relation between depression, anxiety and IA, which means depression and anxiety is higher in patients with a higher IA.

Conclusions. 1. Most of patients is characterized by moderate and severe depression and borderline or high levels of anxiety. 2. The respondents mostly have IA at moderate or high level. 3. There is a significant, moderate and positive relationship between anxiety, depression and illness acceptance.

Key words: depression, acceptance of illness, hospice care.

WSTĘP

Liczba zachorowań na chorobę nowotworową stale wzrasta. Według informacji zawartych w krajowym rejestrze nowotworów w populacji polskiej w ciągu ostatnich trzech dekad wzrosła dwukrotnie, by w 2010 r. osiągnąć wynik 140 564 zdiagnozowanych nowotworów złośliwych [1]. Te niepokojące dane skłaniają do przyjrzenia się problematyce chorób nowotworowych, które przez pacjentów postrzegane są jako najbardziej stresujące i obciążające ze wszystkich chorób. Niosą ze sobą konsekwencje w każdej dziedzinie funkcjonowania człowieka. Pojawiająca się w życiu człowieka choroba jest sytuacją trudną, rodzącą stres. Najogólniej można stwierdzić, że choroba powoduje zakłócenia w realizacji celów zawodowych, rodzinnych, społecznych [2].

Niepokój i lęk towarzyszą pacjentowi na każdym etapie choroby, w nasileniu zazwyczaj zależnym od spodziewanych następstw choroby. Lęk może być spowodowany różnymi przyczynami, od przewidywanych w przyszłości przykrych dolegliwości, po lęk przed odrzuceniem, śmiercią czy stratą bliskich. Poza psychologicznymi powodami przyczyną lęku mogą być inne czynniki, jak: niedotlenienie mózgu, niektóre leki lub ich nagłe odstawienie [5]. Depresja również jest częstym zaburzeniem u pacjentów paliatywnych. Jej nasilenie w dużej mierze zależy od

rodzaju nowotworu czy stopnia jego zaawansowania. Badacze podkreślają, że oprócz tych uczuć nie można zapomnieć o nadziei, która nie opuszcza chorych nawet w obliczu nadchodzącej śmierci [3].

Pisząc o reakcjach na chorobę, nie można pominąć opisywanego w ostatnich latach zjawiska „resiliency”, rozumianego jako skuteczne, twórcze i elastyczne radzenie sobie ze stresem o dużym nasileniu, w efekcie którego u chorych somatycznie może pojawić się pozytywne przewartościowanie, co wtórnie może prowadzić do większego pogodzenia się z sytuacją choroby i spokojniejszego, pełniejszego przeżywania ostatnich chwil życia. U pacjentów terminalnych ciężko mówić o obszarach pozytywnych zmian stymulowanych chorobą, ale na ostatnich etapach życia choroba staje się czasem motywem porządkowania swoich spraw, przewartościowań, naprawy relacji i zmian w światopoglądzie [3].

Walden-Gałoszko u blisko połowy pacjentów z chorobą nowotworową opisuje proces adaptacji do choroby, który jest nastawiony na przywrócenie dobrego samopoczucia, a przykre uczucia ulegają zmniejszeniu [6].

Pojęciem zbliżonym do adaptacji jest akceptacja choroby (ACH), która oznacza emocjonalny wyznacznik sposobu funkcjonowa-

nia i przystosowania do choroby. Stan akceptacji cechuje niewielkie nasilenie emocji i reakcji negatywnych, które związane są z aktualnym schorzeniem. Ponadto wiąże się ze świadomym uznaniem ograniczeń, dzięki czemu dyskomfort psychiczny odczuwany przez pacjenta jest dużo mniejszy. Pacjent akceptujący to taki, który na chorobę reaguje znacznie łagodniej, ponieważ rozpoznaje i rozumie ograniczenia oraz straty, które z danej choroby wynikają. Wielu badaczy zajmuje się tym zagadnieniem, ponieważ poziom akceptacji wykazuje związek z różnego rodzaju formami aktywności życiowych, które podejmuje pacjent w okresie choroby [7]. Droga do osiągnięcia akceptacji choroby jest trudna i wieloetapowa. Ważne jest jednak, by w miarę możliwości pacjent był świadomy przeżywanych przez siebie emocji, by rozważał szczególnie istotne kwestie i próbował przewartościować swoje cele, ponieważ to właśnie akceptacja choroby ma wpływ na subiektywnie odczuwaną jakość życia [8].

CEL BADAŃ

Celem badań była ocena związku między lękiem i depresją a stopniem akceptacji choroby (ACH) u pacjentów objętych opieką hospicyjną.

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono wśród pacjentów przebywających od stycznia do lipca 2014 r. w Ośrodku Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej w Będkowie. Do badania zostały zakwalifikowane tylko te osoby, które wyraźnie udzieliły zgody ustnej i wykazały chęć udziału w badaniu. W przypadku problemów z pisaniem dopuszczona została pomoc badacza przy wypełnianiu kwestionariuszy, jednak z zachowaniem szczególnej uwagi, by zaznaczana odpowiedź w pełni zgadzała się z życzeniem pacjenta. Ze względu na występujące u chorych zmęczenie i dolegliwości somatyczne, w razie potrzeby, badania były podzielone na części i wykonywane w pewnych odstępach czasowych.

W badaniu wykorzystano: Skalę Depresji Becka (BDI) autorstwa A. Becka, służącą do samodzielnej oceny stopnia nasilenia objawów depresji. Składa się ona z dwudziestu jeden pytań, z czterema wariantami odpowiedzi (od 0 do 3), przy czym zero świadczy o braku objawów, a 3 – o ich dużym nasileniu. Wyniki w BDI interpretuje się następująco: 0–10 punktów brak objawów depresji, 11–27 – umiarkowane nasilenie objawów, a powyżej 28 punktów mówimy o ciężkim nasileniu objawów depresji [9].

Zmodyfikowana Szpitalna Skala Lęku i Depresji HADS-M (*The Hospital Anxiety and Depression Scale*) jest jedną z najczęściej stosowanych metod do przesiewowego badania lęku i depresji u pacjentów hospitalizowanych. Składa się z oddzielnych skal, dla których punktacja kształtuje się następująco: 0–7 punktów – normalny poziom lęku czy depresji, 8–10 punktów – poziom graniczny, 11–21 punktów poziom wysoki, właściwy dla choroby [10].

Skala Akceptacji Choroby AIS (*Acceptance of Illness Scale*) autorstwa B.J. Felton, T.A. Revenson i G.A. Hinrichsen, zaadaptowana do warunków polskich przez Juczyńskiego, zawiera osiem stwierdzeń, które opisują konsekwencje złego stanu zdrowia. Pacjenci na skali od 1 do 5 zaznaczają stopień, w jakim na aktualny moment zgadzają się ze stwierdzeniami, gdzie 1 oznacza – zdecydowanie zgadzam się, a 5 – zdecydowanie nie zgadzam się. Suma punktów (zakres 8–40) jest miarą ogólną stopnia akceptacji choroby. Niski wynik świadczy o braku akceptacji i przystosowania, zaś wysoki wynik oznacza akceptację swojego stanu chorobowego. Według tego podziału: 8–20 punktów – brak akceptacji lub niska akceptacja choroby, 21–30 punktów – umiarkowana akceptacja choroby, 31–40 – wysoka akceptacja choroby [11].

Badania przeprowadzono za zgodą Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu (Nr KB-682/2014).

WYNIKI

Badaną grupę stanowiły 32 osoby, w tym 15 kobiet (47%), średnia wieku 65 lat, zdecydowana większość pacjentów z rozpoznaniem choroby nowotworowej (85%). Osoby pozostające w związku małżeńskim stanowiły ponad połowę ankietowanych (59%), 28% badanych żyło samotnie z powodu śmierci partnera we wcześniejszych latach, natomiast 13% stanowiły osoby pozostające w separacji lub rozwiedzione. Pod względem wykształcenia 59% osób było z wykształceniem średnim, 31% osób z wykształceniem wyższym oraz 10% osób z wykształceniem podstawowym. Analiza objawów depresyjnych wykazała, że 50% pacjentów cierpi z powodu wysokiego, a 44% – umiarkowanego nasilenia objawów depresyjnych.

W Zmodyfikowanej Szpitalnej Skali Lęku i Depresji HADS-M, u 59% badanych rozpoznano wysokie odczuwanie lęku, a wśród 13% chorych zanotowano poziom graniczny. Analiza poziomu akceptacji choroby wykazała wysoki poziom akceptacji u 53% ankietowanych i umiarkowaną akceptację – u 41% badanych pacjentów.

Zasadniczą część badań dotyczyła określenia związku między depresją, lękiem a akceptacją choroby u pacjentów objętych opieką paliatywną. Posłużono się w tym celu dwoma sposobami: współczynnikiem korelacji rang Spearmana oraz jednoczynnikową analizą wariancji ANOVA przy użyciu testu Duncana.

Analiza korelacji przy użyciu współczynnika rang Spearmana pokazała umiarkowane, zbliżające się do wysokich, istotne i dodatnie związki między analizowanymi zmiennymi (tab. 1).

Tabela 1. Depresja, lęk i agresja a akceptacja choroby. Współczynnik korelacji rang Spearmana, $p < 0,05$

Determinanty	Akceptacja choroby
Depresja (BDI)	0,54
Depresja (HADS-M)	0,52
Lęk	0,46
Agresja	0,54

Z tabeli tej wynika, że im wyższa depresja, tym wyższa akceptacja choroby. Taki sam wynik uzyskano korelując depresję i lęk mierzone za pomocą Zmodyfikowanej Szpitalnej Skali Lęku i Depresji HADS-M z akceptacją choroby. Tutaj również istnieje umiarkowany, istotny i dodatni związek, co oznacza, że im wyższy lęk i depresja, tym wyższy poziom akceptacji choroby.

Drugim sposobem sprawdzenia związku między depresją, lękiem a akceptacją choroby jest jednoczynnikowa analiza wariancji ANOVA, przy użyciu Testu Duncana. W tabeli 2 przedstawiono wyniki tej analizy.

Tabela 2. Poziom depresji i lęku a akceptacja choroby. Jednoczynnikowa analiza wariancji, Test Duncana

	Osoby słabo akceptujące chorobę	Osoby umiarkowanie akceptujące chorobę	Osoby wyraźnie akceptujące chorobę	F	p
Nasilenie depresji (BDI)	11,00	23,08	32,05	5,41	0,01
Nasilenie depresji (HADS-M)	8,00	8,83	12,66	7,51	0,00
Nasilenie lęku (HADS-M)	6,00	10,00	13,61	3,95	0,03

Poszukując związku między depresją, lękiem a akceptacją choroby wykonana została też jednoczynnikowa analiza wariancji ANOVA przy użyciu testu Duncana (tab. 2). Osoby badane podzielono na trzy grupy ze względu na stopień akceptacji choroby: osoby słabo akceptujące (8–20 AIS), umiarkowanie akceptujące (21–30 AIS) i osoby wyraźnie akceptujące chorobę (< 31 AIS). Z przeprowadzonej analizy wynika, że osoby słabo akceptujące chorobę i wyraźnie akceptujące chorobę mają de-

presję istotnie wyższą niż osoby akceptujące chorobę w stopniu umiarkowanym. Analogicznie wyniki przedstawiają się w przypadku nasilenia lęku. Grupa osób, które słabo lub wyraźnie akceptują swoją chorobę, przeżywa istotnie silniejszy lęk od tych, które chorobę akceptują w stopniu umiarkowanym.

DYSKUSJA

Osiągnięte wyniki badań nie są zgodne z zakładaną hipotezą. Spodziewano się uzyskać potwierdzenie ujemnej korelacji między depresją, lękiem a stopniem akceptacji choroby, tymczasem badania pokazały zaskakujący wynik przeciwny. W badanej grupie osoby o silnej depresji i lęku istotnie bardziej akceptują swoją chorobę.

Rozważając, co mogło spowodować taki wynik, w pierwszej kolejności nasuwa się na myśl niewielka grupa osób badanych. Interpretując takie wyniki, należy zachować dużą ostrożność. Jednak istotna, umiarkowana, a nawet rzec można, zmierzająca ku wysokiej korelacja między zmiennymi, która została potwierdzona przy użyciu dwóch narzędzi, budzi zaufanie. Świadczy to też o wysokiej homogeniczności badanej grupy.

Jak zauważają Żylicz i wsp., badania stanu psychicznego u pacjentów w zaawansowanym stadium choroby wykonuje się znacznie rzadziej niż u pacjentów na wcześniejszych etapach choroby. Ma to związek z wieloma ograniczeniami, które towarzyszą badaniu osób objętych opieką paliatywną, m.in. z możliwością występowania w takiej grupie zespołów psychoterminalnych, ostrych lub przewlekłych zaburzeń psychicznych, które zniekształcają wyniki badania lub wręcz ograniczają możliwość jego wykonania. Duże trudności są też spowodowane samą metodologią (długie, skomplikowane kwestionariusze itp.) [5].

Podobną kwestię porusza też Majkowicz, który poleca, by decydując się na badanie pacjentów chorych na nowotwory, mieć na uwadze zachowanie szczególnej wrażliwości i wszelkich zasad etycznych, ponieważ sytuacja fizyczna i psychologiczno-społeczna takiej grupy osób badanych jest wyjątkowo trudna. Kwestionariusze, szczególnie te dotyczące lęku i depresji, zawierają wiele pytań dotyczących kwestii osobistych lub intymnych. W związku z tym prawo odmowy udziału w badaniu powinno być zaakceptowane przez badacza i przyjęte z szacunkiem [13].

Ciekawe badania przy użyciu Skali HADS-M przeprowadziła Osmańska z współpracownikami. Badała ona nasilenie lęku i depresji u pacjentów ze złośliwym zarodkowym nowotworem jądra, w trakcie leczenia chemioterapią. Duży odsetek badanych z tym schorzeniem, bo aż 40%, stanowili pacjenci z cechami lęku na pograniczu normy i lęku patologicznego. W badaniach własnych 72% ankietowanych cechuje występowanie lęku granicznego lub silnego, co prawdopodobnie związane jest z odmiennymi rokowaniami i nadziejami pacjentów z obydwu grup [14].

Wśród badanych pacjentów nie udało się zaobserwować istotnych różnic pod względem nasilenia lęku i depresji w zależności od płci, wieku czy wykształcenia. Podobnych zależności poszukiwała Stępień, oceniając poziom lęku i depresji przy użyciu kwestionariusza HADS-M, w kontekście wybranych zmiennych demograficznych, u kobiet po mastektomii. Stępień uzyskała wyniki zbieżne z badaniami własnymi. Zanotowała brak istotnych zależności między lękiem a wykształceniem czy lękiem a stanem cywilnym. Jedynie wiek u kobiet po mastektomii różnicował grupę. Starsze pacjentki charakteryzował wyższy poziom lęku w porównaniu z młodszymi [15].

Majkowicz i wsp. również zauważyli, że starsze pacjentki z nowotworem piersi reagują silniejszym lękiem i przygnębieniem, co może być związane ze zmniejszonymi możliwościami adaptacyjnymi do sytuacji choroby [16].

Badania na zbliżonej grupie, wśród pacjentów Hospicjum o.o. Bonifratrów we Wrocławiu przeprowadziła Szwat i wsp. Próbowano ustalić związek między depresją, bólem a sposobami radzenia sobie z chorobą nowotworową u pacjentów objętych opieką paliatywną. Uzyskano wyniki podobne do badań własnych, jeśli chodzi o nasilenie depresji i lęku u chorych przeby-

wających w hospicjum. Na podstawie skali HADS-M wykazano u 30% pacjentów stany graniczne depresji, a u kolejnych 30% – występowanie zaburzeń depresyjnych. Natomiast 46% populacji uzyskało wyniki świadczące o silnym lęku i stanach granicznych. Badacze ci poszukiwali też związków lęku i depresji z bólem, które istotnie zostały potwierdzone [17]. W literaturze odnajdujemy wyraźne połączenie odczuwanego lęku i depresji z poziomem bólu. Często jest to sekwencja postępujących po sobie zdarzeń, które wzajemnie się potęgują. Ból powoduje większy lęk, co prowadzi do obniżenia tolerancji na ból i w konsekwencji odczuwanie bólu jeszcze się zwiększa, co z kolei potęguje lęk, a przerwanie tej samonapędzającej się maszyny staje się bardzo trudne [18].

Należy zauważyć, że pacjenci z zaawansowaną chorobą nowotworową odczuwają wiele, czasem skrajnych emocji, a wzajemna eskalacja przyczyn i skutków może utrudniać różnicowanie zależności między poszczególnymi objawami. Może to być jedną z przyczyn, dlaczego w badaniach własnych pacjenci odczuwający silny lęk i depresję jednocześnie charakteryzują się wysokim poziomem akceptacji choroby.

Na akceptację choroby ma wpływ bardzo wiele czynników, a każdy człowiek na swoje przewlekłe dolegliwości ma prawo reagować inaczej – jedni pogodzą się łatwiej, inni aż do końca będą walczyć i buntować się. I zarówno jedni, jak i drudzy mają do tego prawo. Droga do akceptacji bywa trudna i wieloetapowa, a także, co wykazały Kurowska i Lach, różni się ona w zależności od stopnia zaawansowania choroby i czasu jej trwania. Badaczki skupiły się na sposobach radzenia i akceptacji u pacjentów chorujących na cukrzycę typu 2. Wykazały w badanej grupie akceptację choroby na poziomie przeciętnym, przy czym wyższe wyniki osiągalni pacjenci skoncentrowani na zadaniu, w porównaniu z tymi skoncentrowanymi na emocjach [8]. Nie wydaje się być uprawnione porównywanie pacjentów cukrzycowych z pacjentami w terminalnym stadium choroby, jednak, co zauważyły badaczki, chory, który lepiej zna i akceptuje swoją chorobę, ma większą motywację do radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Akceptacja choroby nie jest też cechą stałą, może zmieniać się w zależności od pogarszających się warunków fizycznych, społecznych czy psychicznych. Z postępem choroby pacjenci stają się coraz mniej samowystarczalni, częściej zdani są na pomoc innych, co może mieć negatywne konsekwencje w ich obrazie samego siebie.

Ciekawe badania na temat akceptacji choroby i poczucia satysfakcji z życia przeprowadziły Kupcewicz i Wojtkowska, które analizowały te dwie cechy w odniesieniu do chorych cierpiących z powodu dyskopatii. Wykazały, że stopień akceptacji choroby nie był determinowany przez czynniki socjodemograficzne, co jest zbieżne z wynikami badań własnych dotyczących chorych paliatywnych – ani wiek, ani płeć, ani pozostawanie w związku czy poziom wykształcenia nie różnicowały chorych pod względem stopnia akceptacji choroby, co może wskazywać na to, że akceptacja jest cechą bardzo indywidualną i właściwie „osobistą”, a oprócz takich determinant, jak czas trwania choroby czy odczuwane dolegliwości somatyczne, wpływ na nią mogą mieć w dużej mierze czynniki osobowościowe [20].

Biorąc pod uwagę poruszone wcześniej kwestie czynników socjodemograficznych, wyniki przeciwne otrzymała Kaczmarczyk, ale skupiła się ona wyłącznie na miejscu zamieszkania osób starszych (środowisko domowe czy dom pomocy społecznej (DPS)). Posłużyła się testem AIS, by ocenić stopień nasilenia negatywnych reakcji i emocji związanych z własną chorobą. Wykazała, że pacjenci przebywający w domach pomocy społecznej częściej odczuwają negatywne skutki choroby, a także znacznie częściej uważali siebie za ciężar dla swoich bliskich. Mieszkańcy DPS mieli też trudności z oceną poczucia własnej wartości, a także częściej wykazywali postawę świadczącą o utracie wiary we własne możliwości, w porównaniu do pacjentów przebywających w środowisku domowym [21]. Takie wyniki powinny być wskazówką dla opiekunów osób objętych opieką paliatywną w hospicjach, by w miarę możliwości swo-

ją postawą i szacunkiem okazywanym swoim podopiecznym, mimo często uciążliwych warunków pracy, z jakimi muszą się zmagać, okazywali dużo ciepła i troski, co może przyczynić się do większej akceptacji choroby przez zależnych od nich pacjentów.

Tematem akceptacji choroby zajęła się również Basińska i wsp., badając nastrój jako wyznacznik akceptacji choroby u pacjentów dializowanych. Wykazano podobnie jak w badaniach własnych, że zmienne demograficzne nie wykazują związku istotnego statystycznie z akceptacją choroby. Natomiast obserwuje się występowanie istotnego statystycznie związku między akceptacją choroby a wszystkimi wymiarami nastroju. Związek ten jest jednak (w przypadku nastroju negatywnego) korelacją ujemną (odwrotnie do badań własnych, w których stwierdzono korelację dodatnią depresji i akceptacji choroby). Znaczy to, że badani dializowani, których nastrój jest pozytywny, istotnie bardziej akceptują chorobę w porównaniu z pacjentami o obniżonym nastroju [22]. Porównując pacjentów dializowanych i terminalnych, również należy zachować dużą ostrożność, niemniej jednak wyniki tych badań wydają się bardzo ciekawe.

Przegląd powyższych badań jest interesujący, jednak w dalszym ciągu nie daje jasności, jeśli chodzi o postawioną w badaniach własnych hipotezę i otrzymane wyniki. Jak wspomniano wcześniej, na poziom akceptacji, odczuwany lęk i depresję wpływ ma bardzo wiele czynników i istnieje konieczność stalego pogłębiania tego tematu.

Możliwe, że uzyskane wyniki spowodowane są specyficzną grupą pacjentów objętych badaniem. Zostało u nich zakończone leczenie przyczynowe, medycyna zajmuje się już „tylko” leczeniem objawów, co silnie wpływa na wyobrażenia na temat własnej osoby, a w szczególności świadomość zbliżającej się śmierci. Do ośrodków medycyny paliatywnej kierowani są głównie pacjenci, których stan określa się jako ciężki lub terminalny. Pacjenci, mimo odczuwania w większości silnego lęku i ciężkiej depresji, w dużej mierze zdają sobie sprawę ze stanu swojego zdrowia. Akceptacja w takiej sytuacji może być jak najbardziej

właściwa i sprzyjająca pacjentowi. Ważne, żeby nie mylić akceptacji z całkowitą rezygnacją. Być może rzeczywiście część pacjentów po prostu „poddaje się”, silna depresja i lęk odbierają siły do walki o życie i paradoksalnie w teście dotyczącym akceptacji choroby osiągają wysokie wyniki. Jednak prawdopodobnie spora część pacjentów, dokonując bilansu życia na szpitalnym łóżku, analizując osiągnięte przez siebie cele, mając wsparcie bliskiej rodziny i dobrą opiekę ze strony personelu, w pełni świadomie przyjmuje swoją sytuację, powoli przygotowując się do rozstania z najbliższymi. To wcale nie wyklucza doświadczania silnego lęku i depresji, które w takiej sytuacji wydają się zupełnie naturalne. Chory na takim etapie nie ma zwykle w sobie gniewu, potrzeby walki, a wręcz przeciwnie – poszukuje spokoju i możliwości wsłuchania się w siebie, co oczywiście nie wyklucza odczuwania negatywnych emocji, bo przecież liczba strat, z jaką musi zmierzyć się pacjent umierający, jest wprost niewyobrażalna. Dodatkowo warto pamiętać, że u wszystkich badanych pacjentów stwierdzono zespół słabości.

Patrząc z punktu widzenia etapów chorowania opisywanych przez Kübler-Ross [23], można powiedzieć, że badani pacjenci znajdują się w fazie między depresją a akceptacją. Jak wiadomo, granice między tymi etapami są płynne, wzajemnie się zacierają i chory może jednocześnie odczuwać akceptację, by za chwilę pogrążyć się w depresji, a natłok i skrajność przeżywanych uczuć wydają się odpowiedzią na otrzymane wyniki.

WNIOSKI

1. W badanej grupie większość pacjentów cechuje umiarkowana lub ciężka depresja oraz graniczny lub wysoki poziom lęku.
2. Badani w zdecydowanej większości akceptują chorobę w stopniu umiarkowanym lub wysokim.
3. Istnieje istotny, umiarkowany i dodatni związek pomiędzy lękiem, depresją a akceptacją choroby

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorów.

Konflikt interesów: Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

1. Krajowy rejestr nowotworów [cyt. 03.06.2015]. Dostępny na URL: <http://onkologia.org.pl/>.
2. Heszen-Niejodek I. *Psychologiczne problemy chorych somatycznie*. W: Strelau J, red. *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2007: 513–531.
3. Mróz J. *Pozytywny i negatywny afekt w procesie choroby*. W: Janowski K, Gierus J, red. *Człowiek chory – aspekty biopsychospołeczne*. Lublin: Wydawnictwo CpiPP; 2009: 285–294.
4. Leksowska A, Jaworska I, Gorczyca P. Choroba somatyczna jako wyzwanie adaptacyjne dla człowieka. *Folia Cardiol Excerpta* 2011; 6(4): 244–248.
5. Żylicz Z, de Walden-Gałaszko K, Zapaśnik A. *Ogólne zasady leczenia i opieki paliatywnej w daleko zaawansowanym okresie choroby nowotworowej*. W: Hebanowski M, de Walden-Gałaszko K, Żylicz Z, red. *Podstawy opieki paliatywnej w chorobach nowotworowych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1998: 12–24.
6. De Walden-Gałaszko K. *Psychospołeczne aspekty opieki paliatywnej*. W: De Walden-Gałaszko K, Kaptacz A, red. *Opieka paliatywna*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2005.
7. Barańska A, Waraksa-Wiśniewska M, Andruszkiewicz A. Nastrój jako wyznacznik akceptacji choroby pacjentów dializowanych. *Nefrol Dial Pol* 2014; 18: 27–31.
8. Kurowska K, Lach B. Akceptacja choroby i sposoby radzenia sobie ze stresem u chorych na cukrzycę typu 2. *Diabetol Prakt* 2011; 12(3): 113–119.
9. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561–571.
10. Montazeri A, Vahdaninia M, Ebrahimi M, et al. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): translation and validation study of the Iranian version. *Health Qual Life Outcomes* 2003; 1: 14.
11. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2001.
12. Uchmanowicz I, Lisiak M, Jankowska-Polańska B. Narzędzia badawcze stosowane w ocenie zespołu kruchości. *Gerontol Pol* 2014; 22, 1: 1–8.
13. Majkowicz M. *Wybrane zagadnienia metodologii i technik badawczych w psychoonkologii*. W: de Walden-Gałaszko K, red. *Psychoonkologia*. Kraków: Polskie Towarzystwo Psychiatryczne; 2005.
14. Osmańska M, Borkowska A, Makarewicz R. Ocena jakości życia, nasilenia cech lęku i depresji w pacjentów ze złośliwym zarodkowym nowotworem jądra w trakcie chemioterapii i po zakończonym leczeniu onkologicznym. *Psychiatr Pol* 2010; XLIV(4): 543–556.
15. Stępień R. Uwarunkowania społeczno-demograficzne poziomu lęku i depresji u kobiet po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka piersi – mastektomii. *Probl Pielęg* 2007; 15(1): 20–24.
16. Majkowicz M, de Walden-Gałaszko K, Trzebiatowska I, i wsp. Ocena jakości życia u kobiet z nowotworem gruczołu piersiowego w różnych stadiach choroby. *Nowotwory* 1994; Supl. 2: 88–91.
17. Szwał B, Słupski W, Krzyżanowski D. Sposoby radzenia sobie z chorobą nowotworową a poczucie depresji i nasilenie bólu u chorych objętych opieką paliatywną. *Piel Zdr Publ* 2011; 1(1): 35–41.
18. Kazalska D, Jarosz J, Górą E, i wsp. Czy go boli – czy się boi? Lęk jako istotny czynnik psychologiczny kształtujący percepcję bólu. *Onkol Pol* 2005; 8: 121–123.
19. Kurowska K, Lach B. Akceptacja choroby i sposoby radzenia sobie ze stresem u chorych na cukrzycę typu 2. *Diabetol Prakt* 2011; 12(3): 113–119.
20. Kupcewicz E, Wojtkowska M. Akceptacja choroby a poczucie satysfakcji życia w grupie chorych leczonych z powodu dyskopatii. *Przedś Zarz* 2014; 15/12(2): 157–170.
21. Kaczmarczyk M. Poziom akceptacji choroby osób starszych zamieszkujących w różnych środowiskach. *Stud Med* 2008; 12: 29–33.
22. Basińska MA, Waraksa-Wiśniewska M, Andruszkiewicz A. Nastrój jako wyznacznik akceptacji choroby pacjentów dializowanych. *Nefrol Dial Pol* 2014; 18: 27–31.
23. Kübler-Ross E. *Pytania i odpowiedzi na temat śmierci i umierania*. Warszawa: Wydawnictwo MT Biznes; 2010.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Beata Jankowska-Polańska
Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny
ul. Bartła 5
51-618 Wrocław
Tel.: 793 477 007
E-mail: bianko@poczta.onet.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 11.10.2015 r.

Po recenzji: 18.10.2015 r.

Zaakceptowano do druku: 26.11.2015 r.