

Łuczyk Marta, Śniszewska Katarzyna, Łuczyk Robert, Pietraszek Agata, Bartoszek Agnieszka, Kocka Katarzyna, Szadowska-Szlachetka Zdzisława. Występowanie i nasilenie distresu u pacjentów z nowotworem złośliwym w okresie przygotowania do leczenia chirurgicznego = The occurrence and severity of distress in cancer patients during preparation for surgery. Journal of Education, Health and Sport. 2016;6(7):498-512. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.58776>
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/3713>

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

© The Author (s) 2016;

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

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

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

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

Received: 20.06.2016. Revised 15.07.2016. Accepted: 26.07.2016.

Występowanie i nasilenie distresu u pacjentów z nowotworem złośliwym w okresie przygotowania do leczenia chirurgicznego The occurrence and severity of distress in cancer patients during preparation for surgery

Marta Łuczyk¹, Katarzyna Śniszewska², Robert Łuczyk³, Agata Pietraszek¹,
Agnieszka Bartoszek⁴, Katarzyna Kocka⁴, Zdzisława Szadowska-Szlachetka¹

¹Zakład Onkologii, Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej,
Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

²Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

³Katedra Interny z Zakładem Pielęgniarstwa Internistycznego,
Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

⁴Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Katedra Onkologii i Środowiskowej
Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Streszczenie

Wstęp. Pacjent z rozpoznaniem nowotworem złośliwym, który oczekuje na zabieg operacyjny odczuwa różnego rodzaju emocje. Jedną z nich jest distres będący reakcją na zagrożenie związaną z diagnozą zagrażającą życiu choroby oraz koniecznością jej leczenia. Jeżeli distres przekracza możliwości adaptacyjne ustroju może działać szkodliwie na organizm [1].

Cel pracy. Ocena występowania i nasilenia distresu u chorych na nowotwory złośliwe w okresie przygotowania do zabiegu chirurgicznego.

Materiał i metoda. Badaniem objęto 101 osób z rozpoznaniem nowotworem złośliwym zakwalifikowanych do leczenia chirurgicznego. Do badań wykorzystano autorski kwestionariusz wywiadu oraz Termometr distresu.

Wyniki. U ponad połowy pacjentów z rozpoznaniem nowotworem złośliwym w okresie przygotowania do zabiegu chirurgicznego występowało niewielkie nasilenie distresu, u części chorych nasilenie distresu było znaczne. U pacjentów z nasilonym poziomem distresu najczęściej wskazywanymi problemami były trudności w pracy i szkole, w relacjach z partnerem oraz poddenerwowanie i zmęczenie. Na występowanie i nasilenie distresu u pacjentów onkologicznych przygotowywanych do zabiegu chirurgicznego nie mają wpływu czynniki społeczno-demograficzne oraz rodzaj rozpoznanego nowotworu.

Słowa kluczowe: nowotwór złośliwy, distres, termometr distresu, leczenie chirurgiczne nowotworów.

Summary

Admission. A patient diagnosed with a malignant tumor that is pending surgery feels different kinds of emotions. One of them is the distress that is a reaction to the threat associated with the diagnosis of a life-threatening disease and the need for its treatment. If the distress exceeds the capabilities of the adaptive system can cause harm to the body [1].

Aim of the study. To estimate the prevalence and severity of distress in cancer patients during preparation for surgery.

Material and methods. The study involved 101 people diagnosed with a malignant tumor qualified for surgical treatment. The study used an original interview questionnaire and the distress thermometer.

Results. More than half of patients diagnosed with malignant the period of preparation for surgery occurred mild distress, in some patients the severity of distress was considerable. In patients with severe levels of distress following most common problems were difficulties at work and school, in the relationship with a partner, and usually follows, and fatigue. The occurrence and severity of distress in cancer patients before surgery do not affect the socio-demographic factors and the type of cancer diagnosed.

Keywords: cancer, distress, distress thermometer, surgical treatment of cancer.

Wprowadzenie

Distres jest terminem używanym do definiowania reakcji spowodowanej przez negatywne uczucia i emocje, których natężenie przewyższa możliwości adaptacyjne organizmu, wpływając negatywnie na poziom funkcjonowania człowieka [1,2]. Distres przejawia się w sferze psychofizycznej oraz społecznej, wywołując u pacjentów negatywne emocje, odczucia, wyobrażenia, dezorganizację czynności codziennych, a także problemy rodzinne [3].

Wystąpienie u pacjenta choroby nowotworowej oraz konieczność poddania się zabiegowi operacyjnemu nieodłącznie wiąże się z wystąpieniem stresu. Dodatkowym czynnikiem stresującym jest konieczność hospitalizacji [4]. Codzienne funkcjonowanie chorego zostaje zakłócone, co powoduje występowanie fizycznych, psychicznych, społecznych a także duchowych problemów [5]. Objawy związane z chorobą nowotworową oraz jej leczeniem znacząco wpływają na jakość życia pacjentów oraz na ich zdolność do codziennego funkcjonowania. Skutki leczenia choroby nowotworowej odczuwane są nie tylko przez chorego, ale również wpływają na jego funkcjonowanie w rodzinie i społeczeństwie [6].

Distres u pacjentów chorujących na nowotwory złośliwe związany jest z leczeniem onkologicznym, spowodowany jest również dolegliwościami somatycznymi, poczuciem zagrożenia życia, świadomością poddania się długiemu procesowi leczenia [7]. Pacjent idąc do szpitala obawia się bólu, nieodpowiedniej opieki medycznej, braku zrozumienia ze strony personelu medycznego, objawów ubocznych leczenia onkologicznego oraz braku skuteczności zastosowanego leczenia. Pojawia się uczucie braku kontroli nad własnym życiem, stawania się zależnym od osób trzecich, chory musi się przystosować do nowej roli – pacjenta [8, 9].

Rutynowe badania distresu u pacjentów leczonych z powodu nowotworu złośliwego są zalecane jako niezbędne dla prawidłowej opieki onkologicznej, ponieważ choroba nowotworowa wpływa negatywnie nie tylko na stan fizyczny, ale również psychiczny, a także na jakość życia pacjenta [10].

Cel pracy

Celem niniejszej pracy była ocena występowania i nasilenia distresu u chorych na nowotwory złośliwe w okresie przygotowania do zabiegu chirurgicznego.

Material i metody

Badania przeprowadzono przy użyciu autorskiego kwestionariusza wywiadu, za pomocą którego zebrano informacje społeczno – demograficzne oraz dane dotyczące obecnej sytuacji zdrowotnej chorego. Pomiaru nasilenia distresu dokonano za pomocą termometru distresu. Badanie distresu przeprowadzane jest w dwóch etapach. W pierwszej części badania pacjent określa na termometrze distresu poziom nasilenia stresu w skali od 0 – *brak stresu* do 10 – *ekstremalny stres*. Jego ocena jest odpowiednikiem nasilenia subiektywnego odczucia stresu w ostatnim tygodniu włącznie z dniem badania. Dodatkowo na potrzeby tego opracowania dokonano podziału nasilenia distresu u pacjentów, którzy uzyskali wynik powyżej 5 punktów na następujące wartości: od 5 do 7 punktów – wówczas określono, iż jest to znaczny poziom stresu, natomiast u osób z wynikiem od 8 – 10 punktów stwierdzono, że jest to bardzo wysoki poziom stresu. Osoby, które określają swój poziom stresu na poziomie 5 lub więcej punktów przechodzą do drugiego etapu badania, podczas którego uzupełniają tzw. listę problemów, w oparciu o którą określają stresory szczegółowe – problemy o różnym podłożu tj.: praktyczne, rodzinne, emocjonalne, fizyczne, religijne/duchowe. Są to problemy wpływające na nasilenie distresu. Podobnie jak w termometrze distresu pacjenci określają ich występowanie (*Tak/Nie*) w ostatnim tygodniu [11, 12].

Polskiej adaptacji Termometru distresu za zgodą *American Cancer Society* dokonał zespół w składzie: J. Życińska, E. Wojtyna, A. Heyda, A. Syska-Bielak. Termometr Distresu jest zalecany przez Polskie Towarzystwo Psychoonkologiczne we wszystkich oddziałach onkologicznych jako badanie rutynowe [11, 12].

Statystyczna analiza wyników badań została przeprowadzona za pomocą programu SPSS, a wszelkie związki są istotne z punktu widzenia statystycznego gdy $p < 0,05$.

Badania przeprowadzono w okresie od czerwca 2014 roku do grudnia 2014 roku. Na badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie numer KE-0254/188/2014.

W badaniach wzięło udział 101 osób z rozpoznaniem choroby nowotworowej oczekujących na zabieg operacyjny. Podczas badań stworzono pacjentom warunki zapewniające poszanowanie intymności i godności oraz uzyskano ich zgodę na przeprowadzenie badań.

Charakterystyka grupy badanej

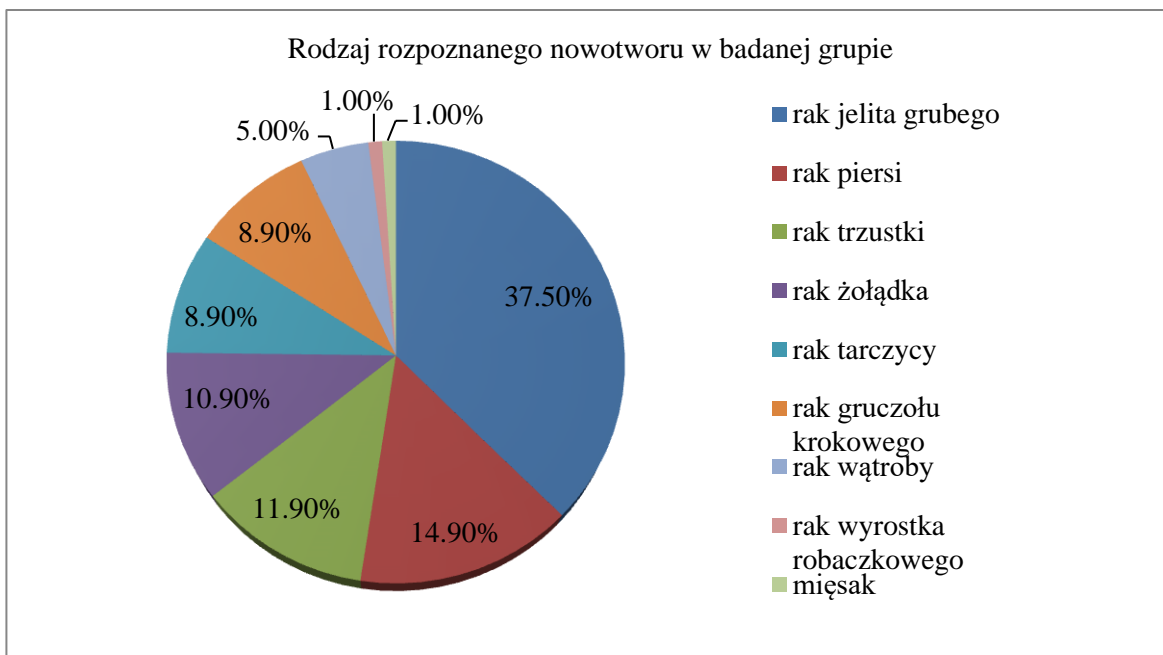
Ponad połowę badanych stanowiły kobiety 54 (53,5%), a grupa mężczyzn liczyła 47 (46,5%). Największą grupę spośród osób badanych, stanowili pacjenci w wieku 50-70 lat, kolejną grupą byli pacjenci w wieku 30-50 lat, mniejszą grupę stanowiły osoby powyżej 70 roku życia, natomiast najmniejszą w wieku 18-30 lat. Największą grupę badaną stanowiły osoby pozostające w związku (78,2%). Z kolei osoby rozwiedzione stanowiły 11,9%, osoby stanu wolnego stanowiły 5% oraz 5% badanych było owdowiałych. Wśród badanych pacjentów największą grupę stanowiły osoby z wykształceniem zawodowym (48,5%), z wykształceniem wyższym 25,7%, średnim 23,8%, natomiast najmniejszą z wykształceniem podstawowym - była to grupa 2,0% badanych. Analizując sytuację zawodową pacjentów można stwierdzić, że zdecydowaną większość stanowiły osoby pracujące (43,6%), kolejną grupą były osoby utrzymujące się z emerytury, 14,9% badanych zadeklarowało, że są bezrobotni, natomiast najmniejszą grupę stanowiły osoby na rencie (13,9%). Największą grupę stanowiły osoby mieszkające w mieście (79,2%), natomiast osoby mieszkające na wsi stanowiły 20,8%. W tabeli 1. przedstawiono charakterystykę badanej populacji chorych leczonych chirurgicznie z przyczyn onkologicznych.

Tabela 1. Charakterystyka populacji objętej badaniem

| Cechy społeczno-demograficzne | | Liczebność | |
|-------------------------------|-----------------------|------------|-------|
| | | N | % |
| Płeć | Kobieta | 54 | 53,5% |
| | Mężczyzna | 47 | 46,5% |
| Wiek | 18 – 30 lat | 2 | 2,0% |
| | 30 – 50 lat | 25 | 24,8% |
| | 50 – 70 lat | 64 | 63,4% |
| | Powyżej 70 roku życia | 10 | 9,9% |
| Miejsce zamieszkania | Miasto | 81 | 79,2% |
| | Wieś | 20 | 20,8% |
| Stan cywilny | Stanu wolnego | 5 | 5,0% |
| | W związku | 79 | 78,2% |
| | Rozwiedziona/y | 12 | 11,9% |
| | Wdowa/wdowiec | 5 | 5,0% |
| Wykształcenie | Podstawowe | 2 | 2,0% |
| | Zawodowe | 49 | 48,5% |
| | Średnie | 24 | 23,8% |
| | Wyższe | 26 | 25,7% |

Źródło: opracowanie własne

Analizując badaną populację pod względem rodzaju rozpoznanego nowotworu stwierdzono, że największą grupę badaną stanowili pacjenci z nowotworem jelita grubego (37,5%; n=38). Natomiast 14,9% (n=15) badanych były to kobiety z rakiem piersi, a 11,9% (n=12) chorzy z guzem trzustki. Z kolei 10,9% (n=11) badanych dotknął nowotwór żołądka, a 8,9% (n=9) chorych stanowili pacjenci z nowotworem tarczycy oraz 8,9% (n=9) z rakiem gruczołu krokowego. Natomiast 5,0% (n=5) badanych, byli to pacjenci z nowotworem wątroby, a 1,0% (n=1) stanowili pacjenci z nowotworem wyrostka robaczkowego oraz 1,0% (n=1) z mięsakiem. Prezentowane wyniki przedstawia ryc. 1.

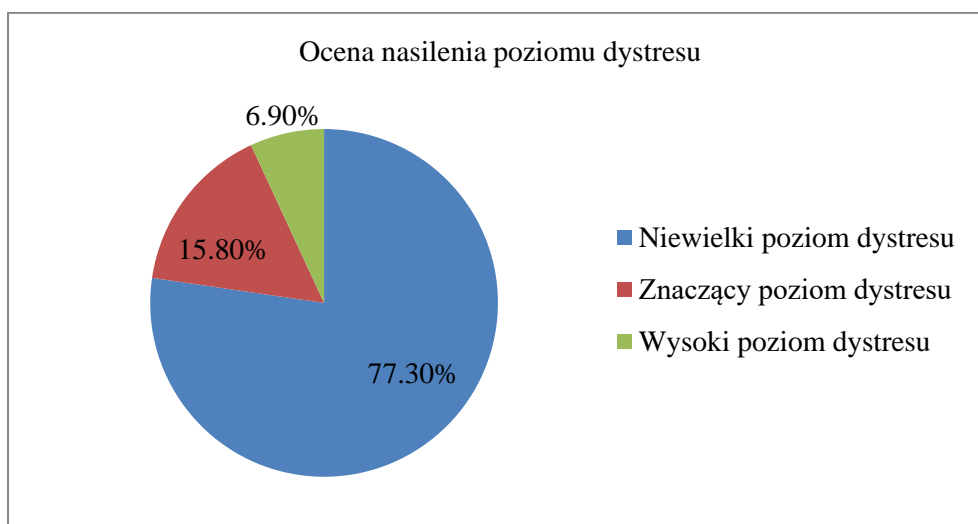


Ryc. 1. Rodzaj rozpoznanego nowotworu w badanej grupie

Źródło: opracowanie własne

Wyniki badań

Na podstawie badań przeprowadzonych z użyciem termometru dystresu określono występowanie i natężenie dystresu w badanej grupie pacjentów. Największą grupę stanowią chorzy, u których poziom dystresu oscylował na poziomie 0-4 (niewielki stres) 77,3% (n=78), z kolei u 22,7% (n=23) poziom dystresu wynosił 5 lub więcej. Dodatkowo osoby z bardzo wysokim poziomem stresu (8-10) stanowiły 6,9% (n=7). Z kolei u 15,8% (n=16) badanych zaobserwowano znaczący poziom dystresu. Prezentowane wyniki przedstawia ryc. 2.



Ryc. 2. Nasilenie dystresu w badanej grupie chorych

Źródło: opracowanie własne

W grupie pacjentów, u których poziom distresu był wyższy lub równy 5, zidentyfikowano problemy, które wpływają na wysoki poziom stresu.

W odniesieniu do problemów praktycznych, największą trudność grupie ankietowanych sprawiały problemy związane z pracą/szkołą 44,4% (n=10), następnie u 38,9% (n=9) badanych problemy związane z ubezpieczeniem/finansami, 27,8% badanych (n=6) miało problemy z mieszkaniem, 16,7% ankietowanych (n=4) problemy z transportem/korzystaniem ze środków lokomocji. Jedna osoba wskazała na trudności związane z wychowaniem dziecka. Prezentowane wyniki przedstawia tab. 2.

Tabela 2. Charakterystyka problemów praktycznych *

| Problemy praktyczne | Liczebność | |
|--|------------|------|
| | N | % |
| Wychowanie dziecka | 1 | 5,6 |
| Mieszkanie | 6 | 27,8 |
| Ubezpieczenia/finanse | 9 | 38,9 |
| Transport/korzystanie ze środków lokomocji | 4 | 16,7 |
| Praca/szkoła | 10 | 44,4 |

*Wartości nie sumują z powodu możliwości wyboru przez badanych więcej niż jednej odpowiedzi.

Źródło: opracowanie własne

W odniesieniu do problemów rodzinnych 66,7% ankietowanych (n=15) oceniło, że ma problemy w relacji z partnerem oraz 65,0% badanych (n=14) przyznała, że występują trudności w relacjach z dziećmi. Prezentowane wyniki przedstawia tab. 3.

Tabela 3. Charakterystyka problemów rodzinnych *

| Problemy rodzinne | Liczebność | |
|---------------------|------------|------|
| | N | % |
| Relacje z partnerem | 15 | 66,7 |
| Relacje z dziećmi | 14 | 65,0 |

* Wartości nie sumują z powodu możliwości wyboru przez badanych więcej niż jednej odpowiedzi.

Źródło: opracowanie własne

Charakteryzując problemy emocjonalne, należy stwierdzić, iż 61,1% badanych (n=14) martwiła się, taka sama grupa pacjentów była podenerwowana. Natomiast 50,00% (n=12) badanych doskwierał smutek. U 44,4% (n=10) badanych występowały lęki, a 33,3% (n=7) określało swój stan jako depresję. Z kolei 22,2% badanych (n=5) zaobserwowało u siebie utratę zainteresowania codziennymi zajęciami. Prezentowane wyniki przedstawia tabela 4.

Tabela 4. Charakterystyka problemów emocjonalnych występujących u chorych*

| Problemy emocjonalne | Liczebność | |
|--|------------|------|
| | N | % |
| Depresja | 7 | 33,3 |
| Lęki | 10 | 44,4 |
| Podenerwowanie | 14 | 61,1 |
| Smutek | 12 | 50,0 |
| Martwienie się | 14 | 66,1 |
| Utrata zainteresowania codziennymi zajęciami | 5 | 22,2 |

*Wartości nie sumują z powodu możliwości wyboru przez badanych więcej niż jednej odpowiedzi.

Źródło: opracowanie własne

W badanej grupie u 21,7% (n=4) ankietowanych występowały problemy natury religijnej, natomiast 78,3% badanych (n=18) nie zgłaszało tego rodzaju trudności. Uzyskane wyniki przedstawia tabela 5.

Tabela 5. Problemy związane z kwestiami religijnymi

| Występowanie problemów związanych z kwestiami religijnymi | Liczebność | |
|---|------------|------|
| | N | % |
| Tak | 5 | 21,7 |
| Nie | 18 | 78,3 |

Źródło: opracowanie własne

Jak wynika ze szczegółowej analizy problemów fizycznych w grupie badanych najczęściej występuje zmęczenie (38,1%; n=9), problemy związane z obawą o zmiany w wyglądzie (38,1%; n=9), trudności związane z myciem/ubieraniem się (33,0%; n=7) oraz ból (33,0%; n=7). Najmniejszą grupę chorych stanowili pacjenci, u których występowały

problemy związane z mrowieniem w dłoniach/stopach (4,8%: n=1), suchością w nosie lub nadmiarem wydzieliny (4,8%: n=1), gorączką (4,8%: n=1), zaparciami (4,8%: n=1) oraz zmianami w oddawaniu moczu (4,8%: n=1) . Prezentowane wyniki przedstawia tabela 6.

Tabela 6. Charakterystyka problemów emocjonalnych*

| Problemy fizyczne | Liczebność | |
|--|------------|------|
| | N | % |
| Wygląd | 9 | 38,1 |
| Mycie się/ubieranie | 7 | 33,0 |
| Oddychanie | 3 | 14,3 |
| Zmiany w oddawaniu moczu | 1 | 4,8 |
| Zaparcie | 1 | 4,8 |
| Biegunka | 5 | 23,8 |
| Spożywanie posiłków | 5 | 23,8 |
| Zmęczenie | 9 | 38,1 |
| Wrażenie opuchnięcia | 5 | 23,8 |
| Gorączka | 1 | 4,8 |
| Przemieszanie się | 2 | 9,5 |
| Niestrawność | 3 | 14,3 |
| Pamięć/koncentracja | 5 | 23,8 |
| Zmiany chorobowe w jamie ustnej | 3 | 14,3 |
| Nudności | 3 | 14,3 |
| Suchość w nosie lub nadmiar wydzieliny | 1 | 4,8 |
| Ból | 7 | 33,3 |
| Seksualność | 3 | 14,3 |
| Suchość skóry/swędzenie | 2 | 9,5 |
| Sen | 4 | 19,0 |
| Mrowienie w dłoniach/stopach | 1 | 4,8 |

*Wartości nie sumują z powodu możliwości wyboru przez badanych więcej niż jednej odpowiedzi.

Źródło: opracowanie własne

Na podstawie zgromadzonych danych dokonano oceny wpływu czynników społeczno-demograficznych na występowanie i nasilenie distresu. Analizując wpływ płci na

występowanie i nasilenie distresu nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie w poziomie distresu z uwzględnieniem płci badanych. Prezentowane wyniki przedstawia tabela 7.

Tabela 7. Wpływ płci na występowanie i nasilenie distresu

| Występowanie i nasilenie dystresu | | | Płeć | | Ogółem |
|-----------------------------------|------------------------------------|---|---------|-----------|--------|
| | | | kobieta | mężczyzna | |
| Termometr distresu | 0-4 niewielki distres | N | 40 | 38 | 78 |
| | | % | 74,0% | 80,9% | 77,3% |
| | 5-7 znaczący poziom distresu | N | 11 | 5 | 16 |
| | | % | 20,4% | 10,6% | 15,8% |
| | 8-10 bardzo wysoki poziom distresu | N | 3 | 4 | 7 |
| | | % | 5,6% | 8,5% | 6,9% |
| Ogółem | | N | 54 | 47 | 101 |
| | | % | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| p=0,37 | | | | | |

Źródło: opracowanie własne

Z analizy wpływu wieku na występowanie i nasilenie distresu wynika, że wśród badanych od 50-70 lat, poziom distresu jest dość znaczący, jednak brak jest różnic istotnych statystycznie. Prezentowane wyniki przedstawia tabela 8.

Tabela 8. Wpływ wieku na występowanie i nasilenie distresu

| Występowanie i nasilenie distresu | | | Wiek | | | | Ogółem |
|-----------------------------------|------------------------------------|---|-----------|-----------|-----------|-----------------|--------|
| | | | 18-30 lat | 30-50 lat | 50-70 lat | Powyżej 70 r.ż. | |
| Termometr distresu | 0-4 niewielki distres | N | 0 | 18 | 52 | 8 | 78 |
| | | % | 0,0% | 72,0% | 81,3% | 80,0% | 77,3% |
| | 5-7 znaczący poziom distresu | N | 2 | 3 | 10 | 1 | 16 |
| | | % | 100,0% | 12,0% | 15,6% | 10,0% | 15,8% |
| | 8-10 bardzo wysoki poziom distresu | N | 0 | 4 | 2 | 1 | 7 |
| | | % | 0,0% | 16,0% | 3,1% | 10,0% | 6,9% |
| Ogółem | | N | 2 | 25 | 64 | 10 | 101 |
| | | % | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| p=0,16 | | | | | | | |

Źródło: opracowanie własne

Oceniając wpływ stanu cywilnego ankietowanych na występowanie i nasilenie distresu brak jest różnic istotnych statystycznie w poziomie distresu ze względu na stan cywilny ankietowanych. Prezentowane wyniki przedstawia tabela 9.

Tabela 9. Wpływ stanu cywilnego na występowanie i nasilenie distresu

| Występowanie i nasilenie dystresu | | | Stan cywilny | | | | Ogółem |
|-----------------------------------|---|---|--------------|---------------------|-----------|-------------------|--------|
| | | | Stan wolny | Rozwie- dziona/y | W związku | Wdowa/ wdowiec | |
| Termometr distresu | 0-4 niewielki distres | N | 4 | 7 | 64 | 3 | 78 |
| | | % | 80,0% | 58,3% | 81,0% | 60,0% | 77,3% |
| | 5-7 znaczący poziom dyitresu | N | 1 | 4 | 10 | 1 | 16 |
| | | % | 20,0% | 33,3% | 12,7% | 20,0% | 15,8% |
| | 8-10 bardzo wysoki poziom distresu | N | 0 | 1 | 5 | 1 | 7 |
| | | % | 0,0% | 8,3% | 6,3% | 20,0% | 6,9% |
| Ogółem | | N | 5 | 12 | 79 | 5 | 101 |
| | | % | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| p=0,48 | | | | | | | |

Źródło: opracowanie własne

Analizując wpływ miejsca zamieszkania na występowanie i nasilenie distresu można stwierdzić brak różnic istotnych statystycznie. Prezentowane wyniki przedstawia tabela 10.

Tabela 10. Wpływ miejsca zamieszkania na występowanie i nasilenie distresu

| Występowanie i nasilenie dystresu | | | Miejsce zamieszkania | | Ogółem |
|-----------------------------------|---|---|----------------------|--------|--------|
| | | | Miasto | Wieś | |
| Termometr distresu | 0-4 niewielki distres | N | 62 | 16 | 78 |
| | | % | 77,5% | 76,2% | 77,3% |
| | 5-7 znaczący poziom distresu | N | 12 | 4 | 16 |
| | | % | 15,0% | 19,0% | 15,8% |
| | 8-10 bardzo wysoki poziom distresu | N | 6 | 1 | 7 |
| | | % | 7,5% | 4,8% | 6,9% |
| Ogółem | | N | 80 | 21 | 101 |
| | | % | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| p=0,84 | | | | | |

Źródło: opracowanie własne

Oceniając wpływ wykształcenia na występowanie i nasilenie dystresu nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie w poziomie dystresu ze względu na wykształcenie respondentów. Prezentowane wyniki przedstawia tabela 11.

Tabela 11. Wpływ wykształcenia na występowanie i nasilenie dystresu

| Występowanie i nasilenie dystresu | | | Wykształcenie | | | | Ogółem |
|-----------------------------------|------------------------------------|---|---------------|---------|----------|--------|--------|
| | | | podstawowe | średnie | zawodowe | wyższe | |
| Termometr dystresu | 0-4 niewielki dystres | N | 2 | 19 | 37 | 20 | 78 |
| | | % | 100,0% | 79,2% | 75,5% | 76,9% | 77,3% |
| | 5-7 znaczący poziom dystresu | N | 0 | 5 | 7 | 4 | 16 |
| | | % | 0,0% | 20,8% | 14,3% | 15,4% | 15,8% |
| | 8-10 bardzo wysoki poziom dystresu | N | 0 | 0 | 5 | 2 | 7 |
| | | % | 0,0% | 0,0% | 10,2% | 7,7% | 6,9% |
| Ogółem | | N | 2 | 24 | 49 | 26 | 101 |
| | | % | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

p=0,59

Źródło: opracowanie własne

Dokonano również analizy wpływu postawionego rozpoznania lekarskiego na występowanie i nasilenie dystresu. Na podstawie przeprowadzonej analizy stwierdzono brak różnic istotnych statystycznie w poziomie dystresu w zależności od rozpoznanego nowotworu. Prezentowane wyniki przedstawia tabela 12.

Tabela 12. Rozpoznanie lekarskie a występowanie i nasilenie dystresu

| Termometr dystresu | | Rodzaj nowotworu | | | | | | | | | Ogółem | |
|------------------------------------|---|------------------|--------|----------------|----------|---------|-----------------------|---------|--------------------|------------|--------|--------|
| | | trzustki | mięsak | jelita grubego | tarczycy | wątroby | wyrostka robaczkowego | żołądka | gruczołu krokowego | rak piersi | | |
| 0-4 niewielki dystres | N | 9 | 1 | 30 | 6 | 5 | 0 | 11 | 5 | 11 | 78 | |
| | % | 75,0% | 100,0% | 78,9% | 66,7% | 100,0% | 0% | 100,0% | 55,6% | 73,3% | 77,3% | |
| 5-7 znaczący poziom dystresu | N | 3 | 0 | 4 | 3 | 0 | 1 | 0 | 2 | 3 | 16 | |
| | % | 25,0% | 0,0% | 10,5% | 33,3% | 0,0% | 100,0% | 0,0% | 22,2% | 20,0% | 15,8% | |
| 8-10 bardzo wysoki poziom dystresu | N | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 7 | |
| | % | 0,0% | 0,0% | 10,5% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 22,2% | 6,7% | 6,9% | |
| Ogółem | | N | 12 | 1 | 38 | 9 | 5 | 1 | 11 | 9 | 15 | 101 |
| | | % | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

p=0,35

Źródło: opracowanie własne

Dyskusja

Pacjent z rozpoznaniem nowotworem złośliwym, który oczekuje na zabieg operacyjny odczuwa różnego rodzaju emocje. Jedną z nich jest distres, który jest reakcją na zagrożenie związaną z diagnozą zagrażającą życiu choroby oraz koniecznością jej leczenia. Jeżeli distres przekracza możliwości adaptacyjne ustroju może działać szkodliwie na organizm [1].

W przeprowadzonych badaniach wzięło udział 101 pacjentów z rozpoznaniem nowotworu złośliwego. Ponad połowę badanych stanowili mężczyźni (53,5%). Pod względem wieku największą grupę stanowili chorzy w wieku 50 – 70 lat (63,4%). Analizując stan cywilny najczęściej respondenci pozostawali w związku (78,2%). W większości chorzy pracowali (43,6%) oraz posiadali wykształcenie zawodowe (48,5%). Zdecydowanie częściej były to osoby mieszkające w mieście (79,2%). Analizując sytuację zdrowotną pacjentów można stwierdzić, że najczęściej diagnozowanym nowotworem w badanej grupie był nowotwór jelita grubego (37,5%) oraz nowotwór piersi (14,9%).

Oceniając występowanie i nasilenie distresu stwierdzono, iż u 77,3% badanych występowało niewielkie nasilenie distresu – na poziomie 0 – 4 punktów. Z kolei u 22,7% badanych distres występował na poziomie powyżej 5 punktów, co wskazywało o znacznym jego nasileniu. W badaniach Car J. i wsp. ponad połowa badanych (52,8%) pacjentów z nowotworem złośliwym zadeklarowała występowanie distresu na poziomie 5 i więcej punktów [12].

Dodatkowo u osób z nasileniem distresu powyżej 5 punktów dokonano oceny najczęściej występujących problemów z różnych sfer funkcjonowania.

W grupie problemów praktycznych najczęściej pacjenci wskazywali na trudności w pracy/szkole (44,4%) oraz problemy z finansami/ubezpieczeniami (38,9%). W badaniach Car J. i wsp. ankietowani spośród problemów praktycznych najczęściej zgłaszali problemy z transportem/przemieszczaniem się (16%) oraz problemy finansowe/ubezpieczeniowe (12,3%) [12].

W problemach rodzinnych pacjenci wskazywali zarówno na trudności w relacjach z partnerem (66,7%) oraz w relacjach z dziećmi (65,0%). W badaniach Car J. 10,4% badanych deklarowało problemy w relacjach z dziećmi, a 8,5% w relacjach z partnerem [12].

Analizując problemy emocjonalne chorzy najczęściej odczuwali poddenerwowanie (66,1%) oraz martwili się (66,1%), a także odczuwali smutek (50%). Podobne wyniki uzyskano w badaniach Car J. i wsp. gdzie ankietowani deklarowali występowanie najczęściej poddenerwowania (64,2%), martwienia się (55,7%), smutku (45,3%), a także lęku [12].

Z kolei w przedstawionych badaniach w grupie problemów natury fizycznej pacjenci najczęściej wskazywali na zmęczenie (38,1%), zmiany w wyglądzie (38,1%) oraz trudności związane z myciem i ubieraniem się (33,0%). Również istotnym problemem był ból (33,0%). W badaniach Car J. i wsp. główne problemy fizyczne w grupie badanej to: zmęczenie (56,6%), problemy ze snem (52,8%), ból (36,8%), a także problemy z pamięcią/ koncentracją (34,0%).

Na podstawie przeprowadzonych analiz statystycznych wyników badań własnych można stwierdzić, że na występowanie i nasilenie distresu nie mają wpływu czynniki społeczno – demograficzne.

Wnioski

1. U ponad połowy pacjentów z rozpoznaniem nowotworem złośliwym w okresie przygotowania do zabiegu chirurgicznego występowało niewielkie nasilenie distresu, u części chorych nasilenie distresu było znaczne.
2. U pacjentów z nasilonym poziomem distresu najczęściej wskazywanymi problemami były trudności w pracy/szkole, w relacjach z partnerem oraz odczucie poddenerwowania i zmęczenia.
3. Na występowanie i nasilenie distresu u pacjentów onkologicznych przygotowujących do zabiegu chirurgicznego nie mają wpływu czynniki społeczno-demograficzne.
4. Rodzaj rozpoznanego nowotworu nie wpływa na występowanie i poziom nasilenia distresu w badanej grupie.

Piśmiennictwo

1. De Walden – Gałuszko K.: *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. PZWL, Warszawa 2011.
2. Vitek L., Rosenzweig M.Q., Stollings S.: *Distress in Patients With Cancer: Definition, Assessment, and Suggested Interventions*, CJON 2007; 11(3): 413-418.
3. Vachon M.: *Psychosocial distress and coping after cancer treatment*. Cancer Nursing 2006; 29: 26-31.
4. Porębiak M.: *Fakty i mity dotyczące chorób nowotworowych*. Psychooncology 2008; 2: 52–57.
5. Marrit A., Stacey M., Josette E.: *Screening and Referral for Psychosocial Distress in Oncologic Practice*. Cancer 2008; 18; 4: 870-878.

6. Cleeland C.S., Mendoza T.R., Wang X.S., Chou C., Harle M., Morrissey M., Engstrom M.C.: *Assessing symptom distress in cancer patients*. Cancer 2000; 89:1634-1646.
7. Bernad D., Zysnarska M., Pyszczorska M., Bączyk G., Jędrasiak L.: *Wsparcie społeczne udzielane przez personel medyczny jako czynnik obniżający lęk u pacjentów leczonych na oddziałach onkologicznych*. Nowiny Lekarskie 2008; 77; 6: 421-425.
8. Chorzela M.: *Doświadczenie choroby nowotworowej jako źródło pozytywnych zmian osobowości*. Psychoonkologia 2013; 1:23-31.
9. Szymczak J. D.: *Bliskie relacje w rodzinie a dystres psychologiczny u chorych na raka płuca oczekujących na leczenie chirurgiczne i u zdrowych*. Wiadomości Lekarskie 2006; LIX; 9-10: 654-658.
10. Sollner W., DeVries A., Steixner E., Lukas P., Spinzl G., Rumpold G., Maislinger S.: *How successful are oncologists in identifying patient distress, perceived social support, and need for psychosocial counselling?* British Journal of Cancer 2001; 84 (2); 179-185.
11. Car J., Życińska J., Lasota W.: *Ocena dystresu i depresji u osób chorych na nowotwory złośliwe*. Przegląd epidemiologiczny 2012; 66: 689 – 695.
12. http://www.ptpo.org.pl/index/index.php?option=com_content&task=view&id=113&Itemid=101 [dostęp: 25. 07. 2016].