

ZAŁĄCZNIK NR 2

*Autoreferat przedstawiający opis dorobku
i osiągnięć naukowych ze wskazaniem
osiągnięcia naukowo-badawczego*

**Dr n. ekon. Aleksandra Czerw
Zakład Zdrowia Publicznego
Wydział Nauki o Zdrowiu
Warszawski Uniwersytet Medyczny**

Warszawa, 2016

Spis treści

1. DANE OSOBOWE.....	3
2. POSIADANE DYPLOMY I STOPNIE NAUKOWE.....	3
3. INFORMACJE O DOTYCHCZASOWYM ZATRUDNIENIU W JEDNOSTKACH NAUKOWYCH.....	4
4. WSKAZANIE OSIĄGNIĘCIA NAUKOWEGO wynikającego z art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 2003 roku o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. u. nr 65, poz. 595 z późn. zm.).....	5
5. POZOSTAŁE OSIĄGNIĘCIA NAUKOWO-BADAWCZE.....	48

1. DANE OSOBOWE

Imię i nazwisko: Aleksandra Czerw

Miejsce pracy: Adiunkt w Zakładzie Zdrowia Publicznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

2. POSIADANE DYPLOMY I STOPNIE NAUKOWE

2.1. Studia doktoranckie i stopień doktora

- 24.04.2006 – Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Kolegium Zarządzania i Finansów, Stopień Doktora Nauk Ekonomicznych w zakresie Ekonomii

Temat pracy doktorskiej: Pomiar i analiza satysfakcji i lojalności lekarzy wobec marki produktu leczniczego na przykładzie statyn

Promotor: dr hab. Tomasz Michalski, prof. nadzw. SGH

Recenzenci: prof. dr hab. Krystyna Lisiecka, dr hab. Stefan Doroszewicz

- 2002-2005 – Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Kolegium Zarządzania i Finansów, Studia Doktoranckie – Zarządzanie i Marketing

2.2. Studia magisterskie

- 1996-2001 – Akademia Ekonomiczna w Katowicach, Wydział Ekonomii, Stopień Magistra Ekonomii w zakresie Międzynarodowych Stosunków Ekonomicznych i Problemów Globalnych

Temat pracy magisterskiej: Polityka handlowa w strategii rozwoju gospodarczego Japonii

Promotor: prof. dr hab. Stanisław Swadźba

2.3. Kształcenie podyplomowe

- 2013-2016 – Specjalizacja w dziedzinie Zdrowia Publicznego (paragraf 13 ust. 4 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia) – ukończone i zaliczone przez kierownika specjalizacji wszystkie moduły kursowe i staże kierunkowe objęte programem specjalizacji, pozytywne złożenie egzaminu wewnętrznego w Ośrodku Kształcenia w zakresie Zdrowia Publicznego przy Pomorskim Uniwersytecie Medycznym (15.06.2016), oczekiwanie na egzamin w Centrum Egzaminów Medycznych (sesja jesienna 2016)

- 2003-2004 – Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Centrum Pedagogiczne, Podyplomowe Studium Doskonalenia Pedagogicznego dla Nauczycieli Akademickich
- 2001-2002 – Akademia Ekonomiczna w Katowicach, Studia Podyplomowe – Ubezpieczenia Zdrowotne

2.4. Kursy i szkolenia

- Zdrowie i jego środowiskowe uwarunkowania – Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego
- Promocja zdrowia – Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego
- Organizacja opieki zdrowotnej w Polsce i na świecie – Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego
- Zagadnienia prawno-medyczne w ochronie zdrowia – Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego
- Psychologia i socjologia w procesie zarządzania zakładami opieki zdrowotnej – Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego
- Zarządzanie i ekonomika ochrony zdrowia – Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego
- Podstawy teorii zdrowia publicznego – Uniwersytet Rzeszowski, Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu
- Podstawy epidemiologii – Uniwersytet Rzeszowski, Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu

3. INFORMACJE O DOTYCHCZASOWYM ZATRUDNIENIU W JEDNOSTKACH NAUKOWYCH

- **Adiunkt w Zakładzie Zdrowia Publicznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny, 2006 – nadal**
Funkcje dodatkowe: Przewodnicząca Rady Pedagogicznej dla kierunku Zdrowie Publiczne, studia stacjonarne, drugiego stopnia, I rok (2006 – nadal), Przewodnicząca zespołu przygotowującego i wdrażającego efekty kształcenia dla kierunku Zdrowie Publiczne (2012), Przewodnicząca Komisji Egzaminacyjnej na kierunek Zdrowie Publiczne – studia drugiego stopnia (2013), Koordynator procesu dydaktycznego realizowanego w ramach Zakładu Zdrowia Publicznego (2015 – nadal), Członek Rady Programowej dla kierunku Zdrowie Publiczne (2006 – nadal), Członek Zespołu opracowującego specjalności dla kierunku Zdrowie Publiczne (2011-2012), Członek Zespołu ds. promocji i reklamy kierunku Zdrowie Publiczne na Wydziale Nauki o Zdrowiu (2013), Opiekun roku – I rok, studia stacjonarne, drugiego stopnia (2006 – nadal)

- Adiunkt w Wyższej Szkole Turystyki i Języków Obcych, 2016 – nadal
Funkcje dodatkowe: organizacja i realizacja kształcenia podyplomowego w zakresie zarządzania w systemie opieki zdrowotnej oraz turystyki medycznej
- Adiunkt w Szkole Wyższej im. Bogdana Jańskiego, Wydział Zarządzania w Warszawie, 2012-2015
Funkcje dodatkowe: Kierownik studiów podyplomowych: Zarządzanie podmiotami leczniczymi, Kierownik studiów podyplomowych: Organizacja i zarządzanie opieką nad osobami starszymi, Kierownik studiów podyplomowych: Opiekun osób starszych
- Adiunkt w Wyższej Szkole Organizacji Turystyki i Hotelarstwa w Warszawie, 2006-2011
Funkcje dodatkowe: Kierownik studiów podyplomowych: Zarządzanie w ochronie zdrowia
- Doktorant w Katedrze Ubezpieczeń Gospodarczych, Kolegium Zarządzania i Finansów, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, 2002-2005

4. WSKAZANIE OSIĄGNIĘCIA NAUKOWEGO wynikającego z art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 2003 roku o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. u. nr 65, poz. 595 z późn. zm.)

Podstawą do ubiegania się o stopień doktora habilitowanego jest jednotematyczny cykl 10 publikacji opatrzony tytułem:

**WPLYW ZMIENNYCH SOCJO-EKONOMICZNYCH NA AKCEPTACJĘ CHOROBY
I PRZYSTOSOWANIE DO ŻYCIA CHORYCH ONKOLOGICZNIE**

Sumaryczny IF ISI dla osiągnięcia naukowego: **7,754 IF**

Sumaryczna punktacja MNiSW dla osiągnięcia naukowego: **172 MNiSW**

4.1. Wykaz publikacji stanowiących osiągnięcie naukowe

1. **Czerw A.**, Marek E., Deptała A., USE OF THE MINI-MAC SCALE IN THE EVALUATION OF MENTAL ADJUSTMENT TO CANCER. Contemp Oncol 2015; 19(5), p.414-419.

praca oryginalna

MNiSW 14

2. **Czerw A.**, Bilińska M., Deptała A., THE ASSESSMENT OF THE IMPACT OF SOCIO-ECONOMIC FACTORS IN ACCEPTING CANCER USING THE ACCEPTANCE OF ILLNESS SCALE (AIS). Contemp Oncol 2016; 20(3), p.261-265.

praca oryginalna

MNiSW 14

3. **Czerw A.**, Religioni U., Deptała A., ASSESSMENT OF PAIN, ACCEPTANCE OF ILLNESS, ADJUSTMENT TO LIFE WITH CANCER AND COPING STRATEGIES IN BREAST CANCER PATIENTS. Breast Cancer 2016; 23, p.654-661, DOI: 10.1007/s12282-015-0620-0.

praca oryginalna

IF ISI 1,170

MNiSW 20

4. **Czerw A.**, Religioni U., Deptała A., Fronczak A., PAIN, ACCEPTANCE OF ILLNESS, ADJUSTMENT TO LIFE WITH CANCER AND COPING STRATEGIES IN PROSTATE CANCER PATIENTS. Arch Med Sci, DOI: 10.5114/aoms.2016.58458.

praca oryginalna

IF ISI 1,812

MNiSW 25

5. **Czerw A.**, Religioni U., Deptała A., ADJUSTMENT TO LIFE WITH LUNG CANCER. Adv Clin Exp Med 2016; 25(4), DOI: 10.17219/acem/61014.

praca oryginalna

IF ISI 1,127

MNiSW 15

6. **Czerw A.**, 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 Rev 2016; 11(2), p.96-103, DOI: 10.5114/pg.2015.52561.

praca oryginalna

MNiSW 14

7. Religioni U., **Czerw A.**, Deptała A., PATIENT MENTAL ADJUSTMENT TO SELECTED TYPES OF CANCER. Psychiatr. Pol., DOI: <http://dx.doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/44732>.

praca oryginalna

IF ISI 0,884

MNiSW 15

8. Religioni U., **Czerw A.**, Deptała A., ACCEPTANCE OF CANCER IN PATIENTS DIAGNOSED WITH LUNG, BREAST, COLORECTAL AND PROSTATE CARCINOMA. Iran J Public Health 2015; 44(8), p.1135-1142.

praca oryginalna

IF ISI 0,498

MNiSW 15

9. Religioni U., **Czerw A.**, Deptała A., STRATEGIES OF COPING WITH PAIN IN CANCER ON THE BASIS OF LUNG, BREAST, COLORECTAL AND PROSTATE CARCINOMA. J Canc Educ 2016, DOI: 10.1007/s13187-016-1040-3.

praca oryginalna

IF ISI 1,368

MNiSW 20

10. **Czerw A.**, Religioni U., Deptała A., Fronczak A., APPLICATION OF THE BPCQ QUESTIONNAIRE TO ASSES PAIN MANAGEMENT IN SELECTED TYPES OF CANCER. Ann Agric Environ Med 2016; 23(4), p.533-538, OI: 10.5604/12321966.1220212.

praca oryginalna

IF ISI 0,895

MNiSW 20

4.2. Omówienie celu naukowego cyklu publikacji powiązanych tematycznie i osiągniętych wyników wraz z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania

4.2.1. Wprowadzenie i cel naukowy

W krajach rozwiniętych nowotwory złośliwe są obecnie drugą, po chorobach sercowo-naczyniowych, przyczyną zgonów. Prognozy wskazują, że w ciągu najbliższego dziesięciolecia staną się one jednak przyczyną najczęstszą. Szacunki epidemiologiczne wskazują, że liczba zachorowań i zgonów z powodu nowotworów złośliwych na świecie, jak również w Polsce, będzie prawdopodobnie nadal rosła w najbliższych dekadach, przede wszystkim w grupie wiekowej powyżej 65 roku życia. Według prognoz WHO do 2030 roku obserwowany będzie wzrost liczby nowych zachorowań, nawet jeśli współczynniki umieralności na nowotwory pozostaną na stałym poziomie.

Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce w ciągu ostatnich trzech dekad wzrosła ponad dwukrotnie. Od 2003 roku, co roku stwierdza się ponad 120 tys. nowych zachorowań na nowotwory złośliwe. Najczęściej występującymi nowotworami u mężczyzn są nowotwory płuca, gruczołu krokowego i jelita grubego. Wśród kobiet najczęstszymi nowotworami są rak piersi, jelita grubego i płuca. Wymienione nowotwory są jednocześnie najczęstszymi przyczynami zgonów z powodu chorób nowotworowych. Wyniki leczenia nowotworów w Polsce są gorsze niż w krajach Europy Zachodniej, choć w pierwszej dekadzie XXI wieku odnotowano poprawę wskaźników przeżywalności, zarówno w grupie kobiet, jak i mężczyzn.

Badania dowodzą, iż odpowiednie podejście pacjenta do choroby zwiększa efekty terapeutyczne. Strategie radzenia sobie w chorobie, akceptacja choroby i przystosowanie do życia z nią to koncepcje, które w świetle wielu badań w istotny sposób wpływają na proces leczenia w wielu chorobach przewlekłych, w tym również w chorobach nowotworowych (Skevington SM, 1990; Juczyński Z, 2009; Syriala KL, Jensen MP, Mendoza ME i inn., 2014). Do zbadania powyższych obszarów choroby stworzono wiele narzędzi badawczych, w tym testów psychometrycznych. Niektórzy autorzy wskazują również na istotną współzależność pomiędzy tymi obszarami. Przykładowo pacjenci, którzy prezentują wysoki stopień akceptacji choroby, lepiej radzą sobie z procesem zarządzania bólem w chorobie nowotworowej i wybierają bardziej efektywne strategie radzenia sobie z chorobą, co bezpośrednio przekłada się na efekty terapeutyczne (Asqhari A, Nicholas MK, 2001; Watson M, Law M, Santos M i inn., 1994).

Zgodnie z badaniami, na poziom akceptacji choroby, przystosowanie do niej i strategie radzenia sobie z bólem w chorobie duży wpływ mają zmienne socjo-ekonomiczne, takie jak: płeć, wiek, poziom wykształcenia, aktywność zawodowa, miejsce zamieszkania czy dochody (Turk DC, Monarch ES, Williams AD, 2002; Misterska E, Jankowski R, Głowacki M, 2013).

Mając na uwadze powyższe uzasadnionym wydaje się podjęcie przez habilitantkę **badania nad akceptacją choroby, przystosowaniem do niej oraz strategiami radzenia sobie z bólem nowotworowym wśród pacjentów z najczęstszymi nowotworami w Polsce**. Cel główny

przeprowadzonych badań stanowiła identyfikacja, ze względu na zmienne socjo-ekonomiczne, grup pacjentów chorych na najczęstsze nowotwory w Polsce, wymagających szczególnego wsparcia psychoonkologicznego w obszarze akceptacji choroby i przystosowania do życia z nią. Na podstawie wyników badań zaproponowano rekomendacje dotyczące konieczności objęcia wsparciem psychoonkologicznym chorych w różnych obszarach z uwzględnieniem rodzaju nowotworu i zmiennych socjo-ekonomicznych charakteryzujących pacjentów.

Badaniami objęto pacjentów z nowotworem piersi, prostaty, płuca i jelita grubego. Wyniki przeprowadzonych badań, opublikowane w artykułach stanowiących cykl habilitacyjny, mogą zostać wykorzystane jako ważny element edukacyjny dla psychologów, szczególnie tych, którzy pracują z pacjentami chorymi onkologicznie, lekarzy, jak również dla samych pacjentów, podnosząc jakość ich życia w chorobie oraz zwiększając uzyskiwane efekty terapeutyczne.

4.2.2. Metodologia przeprowadzonych badań i przedstawienie ich wyników

Badania będące przedmiotem zainteresowania, poświęcone tematyce przedstawionej do oceny jako cykl publikacji powiązanych tematycznie, zostały opublikowane w 9 różnych czasopismach naukowych, z których 7 indeksowanych jest w Journal Citation Reports i posiada wskaźnik oddziaływania IF. Pozostałe 3 prace zostały opublikowane w czasopismach wysoko punktowanych według MNiSW. Wszystkie prace w cyklu habilitacyjnym zostały opublikowane w języku angielskim.

W sumie badaniom poddano **976 pacjentów** (902 chorych w badaniach głównych i 74 w badaniu pilotażowym), chorych na nowotwory z zastosowaniem kryteriów włączenia do badania: wiek powyżej 18 lat, diagnoza choroby nowotworowej w ciągu ostatnich 5 lat, pisemna zgoda na przystąpienie do badania. Do badań kwalifikowano jedynie tych chorych z rozpoznaną chorobą nowotworową piersi, prostaty, płuca i jelita grubego, u których nie wystąpiły inne warunki/choroby współistniejące, które mogą powodować ból, w oparciu o opinię onkologa prowadzącego. Na przeprowadzenie wszystkich etapów badań uzyskiwano zgody Komisji Bioetycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Każdorazowo pacjenci byli informowani o celu badania. Każdy chory zakwalifikowany do badań otrzymał informację, iż zgromadzone wyniki zostaną wykorzystane jedynie w celach naukowych.

W badaniach wykorzystano cztery testy psychometryczne, które powstały w ważnych ośrodkach akademickich i klinicznych na świecie: **Skalę Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej (Mental Adjustment to Cancer – Mini-Mac)**, opracowaną przez Psychological Medicine, The Royal Marsden Hospital, Survey, **Skalę Akceptacji Choroby (Acceptance of Illness Scale – AIS)**, która została stworzona w Center for Community Research and Action, Department of Psychology, New York University, **Kwestionariusz Strategii Radzenia Sobie z Bólem (The Pain Coping Strategies Questionnaire – CSQ)** – University of Colorado Health Sciences Center oraz

Kwestionariusz Przekonań na Temat Kontroli Bólu (The Beliefs about Pain Control Questionnaire – BPCQ), opracowany w School of Social Sciences, University of Bath.

Do analizy rzetelności użytych narzędzi w badaniach głównych obliczono współczynniki Alfa Cronbacha. Dla testu Mini-Mac otrzymano wartość 0,79. Następnie określono rzetelność dla każdego wymiaru oddzielnie, uzyskując zadowalającą wartość współczynników w przypadku wymiarów zaabsorbowania lękowego oraz bezradność-beznadziejność. Otrzymane wartości współczynników były nieznacznie niższe niż uzyskane w badaniu normalizacyjnym na próbie 143 pacjentów onkologicznych. Również nieco niższą rzetelność uzyskano w wymiarze ducha walki. W wymiarze pozytywnego przewartościowania, różnica w rzetelności była już znamienne (Juczyński Z, 2009).

Rzetelność skali AIS dla całej próby badawczej wyniosła 0,86. Okazała się więc bardzo zbliżona do uzyskanej w trakcie badań wstępnych procesu normalizacji testu – 0,85. Również zbliżona jest rzetelność wersji oryginalnej skali – 0,82 (Juczyński Z, 2009). Skala AIS w badaniach własnych była więc rzetelna i spójna wewnątrznie.

Współczynnik Alfa-Cronbacha dla testu CSQ wyniósł 0,95, tym samym znacząco przewyższał rzetelność uzyskaną w badaniu normalizacyjnym Z. Juczyńskiego – 0,80 (Juczyński Z, 2009). Analizując rzetelność poszczególnych wymiarów testu – współczynnik Alfa Cronbacha we wszystkich przypadkach przekraczał 0,80.

Współczynnik dla całego testu BPCQ wyniósł 0,81, a więc był nieco wyższy niż uzyskany w wyniku procesu normalizacji, gdzie rzetelność na próbie 138 pacjentów wyniosła 0,75 (Juczyński Z, 2009). Przeprowadzono również analizy rzetelności oddzielnie dla każdego z wymiarów skali. Uzyskana rzetelność okazała się niemal identyczna jak w badaniu normalizacyjnym dla wewnętrznego umiejscowienia kontroli bólu i przypisywania wpływu lekarzom oraz nieco wyższa dla przypadkowych zdarzeń.

Kwestionariusz Mini-Mac skonstruowany został przez Watsona i wsp. (Watson M, Law M, Santos M i inn., 1994). Składa się on z 29 stwierdzeń i mierzy cztery sposoby radzenia sobie: zaabsorbowanie lękowe (świadczące o lęku związanym z chorobą i postrzeganiu samej choroby jako zjawiska niepokojącego, niekontrolowanego i zagrażającego), ducha walki (postrzeganie choroby jako wyzwania i aktywne działanie, przejawiające się m.in. w poszukiwaniu terapii zastępczych, którymi często są taniec, podróże czy aktywność fizyczna), bezradność-beznadziejność (przejawiająca się poczuciem zagubienia i bezsilności, a co za tym, idzie – często wycofaniem z życia i rezygnacją z aktywności zawodowej), pozytywne przewartościowanie (zmiana nastawienia do życia i docenienie jego wartości w obliczu rozwijającej się choroby), przy czym zaabsorbowanie lękowe i bezradność-beznadziejność wchodzi w skład biernego (destrukcyjnego) stylu radzenia sobie z chorobą, a dwa pozostałe wymiary odnoszą się do aktywnego (konstruktywnego) stylu zmagania się. Każde stwierdzenie zawarte w teście Mini-Mac oceniane jest przez chorego w czterostopniowej skali, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie nie”, a 4 – „zdecydowanie tak”. Punkty dla każdej ze strategii zliczane są oddzielnie na podstawie sumowania wyników uzyskanych w konkretnych stwierdzeniach,

a ostateczny wynik może wynosić od 7 do 28 punktów. Im wyższy wynik, tym silniejsze jest nasilenie zachowań charakterystycznych dla danej strategii zmagania się z chorobą.

Drugim narzędziem wykorzystanym w badaniach własnych nad zmaganiem się z chorobą nowotworową była skala akceptacji choroby AIS. Ocenia ona, w jakim stopniu pacjent jest w stanie zaakceptować chorobę bez doświadczania negatywnych emocji czy reakcji. W skali tej zawartych jest osiem stwierdzeń odnoszących się do negatywnych konsekwencji złego stanu zdrowia. Konsekwencje te opierają się na uznaniu ograniczeń narzuconych przez chorobę, poczuciu zależności od innych, obniżonym poczuciu własnej wartości oraz braku samowystarczalności. Dzięki swojej konstrukcji, skala może być wykorzystywana do oceny stopnia akceptacji u chorych na każdą jednostkę chorobową. Przeznaczona została tylko dla osób dorosłych, obecnie chorujących. Przyjmuje się, że im większa akceptacja choroby, tym lepsze przystosowanie i niskie poczucie dyskomfortu psychicznego. Do każdego z ośmiu stwierdzeń użytych w AIS przypisana jest skala od 1 do 5. Badany zaznacza jedną z liczb, najlepiej określającą jego obecny stan. Liczbie 1 przypisane jest stwierdzenie: „zdecydowanie zgadzam się”, a liczbie 5 „zdecydowanie nie zgadzam się”. Wybranie na skali 1 wyraża złe przystosowanie do choroby, zaś 5 oznacza całkowitą akceptację choroby. Pacjent może uzyskać od 8 do 40 punktów, co odzwierciedla stopień akceptacji choroby. Niski wynik oznacza brak przystosowania do choroby i akceptacji swojego stanu oraz silny dyskomfort psychiczny. Z kolei wynik bliski 40 punktów świadczy o zaakceptowaniu choroby, przejawiającym się brakiem negatywnych emocji powiązanych z chorobą.

Ważnym czynnikiem w akceptacji choroby nowotworowej jest podejście do bólu, który jej towarzyszy i umiejętność radzenia sobie z nim. Do zbadania tego obszaru przystosowania pacjentów do choroby nowotworowej wykorzystano test CSQ, skonstruowany przez A.K. Rosenstiel i F.J. Keefe (Rosenstiel AK, Keefe FJ, 1983). Kwestionariusz składa się z 42 stwierdzeń i przeznaczony jest do oceny strategii radzenia sobie z bólem, które stosowane są przez pacjentów, a także do weryfikacji skuteczności tych strategii w obniżaniu czy opanowywaniu bólu. Kwestionariusz uzupełniany powinien być samodzielnie przez badanego poprzez ocenę poszczególnych stwierdzeń z zastosowaniem skali od 0 do 6, gdzie 0 oznacza „nigdy”, a 6 – „zawsze tak postępuję” (w przypadku określania częstotliwości postępowania w dany sposób w przypadku odczuwania bólu); 0 oznacza „nie panuję”, a 6 – „całkowicie panuję”(w przypadku określania stopnia opanowania bólu); 0 oznacza „w ogóle nie potrafię go zmniejszyć”, a 6 – „potrafię go całkowicie zmniejszyć” (w przypadku określania stopnia możliwości zmniejszenia bólu). Sposoby radzenia sobie z bólem odzwierciedlają sześć poznawczych (odwracanie uwagi, przewartościowanie doznań bólu, katastrofizowanie, ignorowanie doznań, modlenie/pokładanie nadziei, deklarowanie radzenia sobie) oraz jedną behawioralną strategię (zwiększona aktywność behawioralna), które z kolei wchodzi w skład trzech czynników: poznawczego radzenia sobie, odwracania uwagi i podejmowania czynności zastępczych oraz katastrofizowania i poszukiwania nadziei. Dla każdej strategii obliczany jest wynik, mieszczący

się w skali od 0 do 36 punktów. Im wyższy wynik, tym większe znaczenie przypisywane jest danemu czynnikowi w procesie radzenia sobie z bólem (Juczyński Z, 2009).

W celu diagnozy przekonań pacjentów co do czynników odpowiedzialnych za kontrolę bólu nowotworowego wykorzystano test BPCQ, mierzący siłę oddziaływania czynników wpływających na kontrolę bólu. Kwestionariusz został skonstruowany przez S. Skevingtona. Składa się on z 13 stwierdzeń, wchodzących w skład trzech wymiarów, które mierzą siłę indywidualnych przekonań dotyczących kontrolowania bólu osobiście (czynniki wewnętrzne), poprzez wpływ lekarzy (siły innych), czy też poprzez przypadkowe zdarzenia. Każde ze stwierdzeń oceniane jest przez chorego w skali od 1 do 6, gdzie 1 oznacza „nie, zupełnie nie zgadzam się”, a 6 – „tak, całkowicie zgadzam się”. Dla każdego wymiaru testu BPCQ suma wyników obliczana jest oddzielnie na podstawie sumy punktów uzyskanych w poszczególnych stwierdzeniach. Im wyższy wynik, tym silniejszy wpływ danego wymiaru na kontrolę bólu przez pacjenta.

Wyniki zastosowanych testów psychometrycznych zostały zestawione ze zmiennymi socjo-ekonomicznymi, charakteryzującymi chorych: płcią, wykształceniem, statusem zawodowym, miejscem zamieszkania oraz dochodem netto na członka gospodarstwa domowego, a także faktem przyjmowania bądź braku leczenia chemioterapeutycznego w ciągu ostatniego roku.

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej z zastosowaniem analizy ANOVA oraz testu Kruskala-Wallisa, gdzie zmiennymi zależnymi były: lokalizacja pierwotnej zmiany nowotworowej, poszczególne czynniki socjo-ekonomiczne, a także fakt przyjmowania lub nie chemioterapii przez pacjenta w ciągu ostatniego roku od daty realizacji badania. W przypadku porównywania różnic pomiędzy dwiema grupami zastosowano test U-Manna Whitneya. Przyjęty poziom istotności statystycznej wyniósł $p < 0,05$.

Przed przystąpieniem do badań właściwych wybranych ze względu na kryteria epidemiologiczne chorych z nowotworem piersi, prostaty, płuca i jelita grubego, dokonano testowania narzędzi badawczych (badanie pilotażowe). Testom poddano Skalę Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej oraz Skalę Akceptacji Choroby. Testy przeprowadzono wśród 74 pacjentów Kliniki Onkologii i Hematologii w Centralnym Szpitalu Klinicznym MSW w Warszawie. Wyniki otrzymane w badaniu pilotażowym zostały zaprezentowane w dwóch pierwszych pracach z cyklu habilitacyjnego, opublikowanych w czasopiśmie Współczesna Onkologia.

Czerw A., Marek E., Deptała A., USE OF THE MINI-MAC SCALE IN THE EVALUATION OF MENTAL ADJUSTMENT TO CANCER. Contemp Oncol 2015; 19(5), p.414-419. (MNISW 14)

Przystosowanie do choroby nowotworowej jest to problem radzenia sobie nie tylko z samą chorobą, ale także z jej bezpośrednimi konsekwencjami – bólem i złym samopoczuciem (Juczyński Z, 2009). Adaptacja dotyczy więc dwóch obszarów: radzenia sobie ze skutkami choroby i leczenia oraz zmian w codziennym życiu, będących wynikiem choroby (Kulpa M, Owczarek K, Stypuła-Ciuba B, 2013).

Celem badania była ocena przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej pacjentów z rozpoznaną chorobą onkologiczną, poprzez identyfikację przyjętych przez nich strategii radzenia sobie w chorobie. Adaptację do choroby nowotworowej mierzono Skalą Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej Mini-MAC. Wysokie wyniki odnotowano dla wymiarów konstruktywnych testu: duch walki (około 24) oraz pozytywne przewartościowanie (około 22), natomiast dla wymiarów destrukcyjnych obliczono niższe średnie: zaabsorbowanie lękowe (około 15) oraz bezradność-beznadziejność (11). Można więc stwierdzić, iż chorzy w większym stopniu przejawiali zachowania konstruktywne niż destrukcyjne. Średni wynik surowy dla strategii konstruktywnych wyniósł 47 i mieścił się w 7 steniu, natomiast średni wynik surowy dla strategii destrukcyjnych wyniósł 28, co przekłada się na 4 sten. Wyniki w tych granicach są uznawane za wysokie dla stylu aktywnego i niskie dla stylu biernego.

Poszczególne wymiary skali: duch walki, pozytywne przewartościowanie, bezradność-beznadziejność, zaabsorbowanie lękowe zestawiono z cechami socjo-ekonomicznymi (płeć, wiek, wykształcenie, status zawodowy, miejsce zamieszkania, osiągnięty dochód netto na członka gospodarstwa domowego, czas trwania choroby, występowanie przerzutów).

Statystycznie istotne okazały się cztery zależności:

- fakt rozpoznania bądź nie rozpoznania przerzutów różnicował wyniki uzyskiwane w wymiarze bezradność-beznadziejność. Wśród 32 pacjentów, u których wystąpiły przerzuty, średnia punktów dla tej strategii wyniosła 13,7, natomiast dla 37 chorych, u których przerzuty nie wystąpiły, średnia uzyskanego wyniku była niższa i wynosiła 11,3. Wśród pacjentów z rozpoznanymi przerzutami występowało więc duże ryzyko rozwoju depresji, dlatego też a grupa chorych powinna zostać objęta szczególnym wsparciem psychoonkologów i psychologów klinicznych, w celu zapewnienia im odpowiedniego wsparcia psychicznego. Chorzy, u których wystąpiły przerzuty, potrzebują nadziei i wiary w możliwość wyleczenia i powrotu do zdrowia. W tym celu należy wzbudzić w nich wolę walki z chorobą. W związku z tym, iż wciąż liczba psychoonkologów jest niewystarczająca w stosunku do grupy potrzebujących, ich rola może sprowadzać się do bycia coachami dla personelu medycznego. Daje to możliwość nauki, doradztwa,

a także weryfikacji różnego rodzaju form pomocy natury psychologicznej udzielanej pacjentom przez personel.

- Płeć chorych różnicowała wyniki uzyskiwane w wymiarze bezradność-beznadziejność. Średnia punktów osiągnięta w tym wymiarze przez 27 kobiet biorących udział w badaniu wyniosła 10,9, natomiast dla 44 mężczyzn średnia wyniosła 13,4. Wskazuje to na silniejsze stosowanie zachowań z obszaru strategii bezradność-beznadziejność przez mężczyzn, niż przez kobiety. Chorym na nowotwory złośliwe mężczyznom w większym stopniu towarzyszy rezygnacja, zwątpienie i przygnębienie. Częściej niż kobiety poddają się, tracą ducha walki i przyjmują bierną postawę wobec choroby. W związku z tym, mężczyźni mogą w większym stopniu niż kobiety potrzebować wsparcia psychicznego i emocjonalnego. Powinno być ono zapewniane nie tylko przez rodzinę i bliskich, ale także przez psychologów, grupy wsparcia czy stowarzyszenia onkologiczne. Należy wziąć także pod uwagę fakt, iż mężczyźni zazwyczaj nie ujawniają w dużym stopniu swoich emocji i uczuć, dlatego tym bardziej istotne znaczenie ma element dotarcia do chorego i niesienia mu niezbędnej pomocy. Ważną rolę może odegrać indywidualna praca psychoterapeutów z chorymi na nowotwory złośliwe mężczyznami, potrzebującymi dodatkowej pomocy i wsparcia, polegająca na użyciu określonych technik terapeutycznych.
- Bycie osobą pracującą lub nieaktywną zawodowo różnicowało wyniki uzyskiwane w wymiarze bezradność-beznadziejność. Dla tego wymiaru, 29 osób pracujących uzyskało średnią punktów równą 10,9, natomiast 36 pacjentów nieaktywnych zawodowo osiągnęło średni wynik równy 13,6. Zatem osoby nieaktywne zawodowo częściej stosują zachowania charakterystyczne dla wymiaru bezradność-beznadziejność, niż osoby pracujące. W związku z tym, iż większość zachorowań na nowotwory występuje po 60. roku życia (70% zachorowań u mężczyzn i 60% zachorowań u kobiet, zgodnie z danymi Krajowego Rejestru Nowotworów), konieczne jest objęcie grupy seniorów wsparciem psychoonkologicznym, zarówno na poziomie indywidualnym, jak i systemowym. Pomocnym rozwiązaniem w środowisku seniorów mogą okazać się psychoterapie grupowe, których celem jest omawianie i analiza problemów wspólnych dla większości uczestników. W terapii tej wykorzystywany jest pozytywny wpływ jej uczestników ce wśród członków danej grupy, co pomaga im w osiągnięciu równowagi emocjonalnej i psychicznej.
- Okres, który minął od rozpoznania choroby nowotworowej różnicował wyniki uzyskane w wymiarze duch walki. Wśród 39 osób, które zmagają się z chorobą od roku, średnia dla wymiaru duch walki wyniosła 25,2, dla 16 osób, które chorowały dłużej niż rok, a krócej niż dwa lata, średnia ta wyniosła 23,9, natomiast dla 17 osób chorych ponad dwa lata, średnia uzyskanych punktów była równa 22,8. Zatem zachowania w obszarze wymiaru duch walki w największym stopniu przejawiają osoby chore najkrócej. Traktują one

chorobę jako osobiste wyzwanie i podejmują różnorodne działania, mające na celu jej przezwyciężenie. Z czasem trwania choroby pojawia się wyczerpanie, a chęć jej pokonania maleje. Zależność utraty ducha walki od czasu trwania choroby stwarza konieczność zapewnienia szczególnego wsparcia psychologicznego chorym najdłużej. Najlepszym rozwiązaniem byłoby objęcie pacjenta opieką psychoonkologiczną już w momencie diagnozy, która trwałaby nieprzerwanie przez cały proces leczenia. Pozwoliłoby to na podtrzymanie u chorych ducha walki, wiary i nadziei w możliwość wyleczenia oraz systematyczną mobilizację do pokonania choroby. W krytycznych dla chorego momentach, specjalista mógłby zaoferować niezbędną i profesjonalną pomoc.

Otrzymane wyniki wskazują, iż ogromne znaczenie w procesie leczenia i rehabilitacji chorych na nowotwory złośliwe ma zapewnienie im odpowiedniego wsparcia psychicznego, które pozwoli na przyjmowanie konstruktywnych strategii radzenia sobie ze stresem towarzyszącym chorobie na każdym jej etapie. Wiedza dotycząca adaptacji do choroby nowotworowej powinna ułatwić szczegółową diagnozę pacjenta, pozwalającą na ocenę poziomu jego funkcjonowania psychicznego, emocjonalnego i społecznego, a przez to na podjęcie adekwatnej interwencji. Ma ona także kluczowe znaczenie dla zapewnienia i podnoszenia poziomu jakości życia pacjentów chorych onkologicznie.

Drugi etap badań pilotażowych dotyczył testowania kolejnego narzędzia badawczego, pozwalającego na ocenę stopnia akceptacji choroby nowotworowej. Wyniki tego badania zostały opublikowane w artykule:

Czerw A., Bilińska M., Deptała A., THE ASSESSMENT OF THE IMPACT OF SOCIO-ECONOMIC FACTORS IN ACCEPTING CANCER USING THE ACCEPTANCE OF ILLNESS SCALE (AIS). Contemp Oncol 2016; 20(3), p.261-265. (MNISW 14)

Badaniem objęto 74 pacjentów chorych na nowotwory, przebywających na oddziale szpitalnym w Klinice Onkologii i Hematologii Centralnego Szpitala Klinicznego MSW w Warszawie. Zbadano 29 kobiet i 42 mężczyzn, w wieku od 23 do 82 roku życia. Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankietowy. Składał się on z trzech części: pytań zadawanych przed wykonaniem testu (pytania wprowadzające), kwestionariusza Skali Akceptacji Choroby oraz części metryczkowej, co łącznie stanowiło 20 pytań jednokrotnego wyboru oraz dwa pytania otwarte (dotyczące miesiąca i roku zdiagnozowania po raz pierwszy nowotworu i roku urodzenia chorego). Badanie zostało wykonane metodą bezpośredniego kontaktu z pacjentem, techniką PAPI (Paper and Pencil Interview). Analizie poddano 71 poprawnie wypełnionych kwestionariuszy ankiety.

Najniższy wynik wyniósł 9 i oznaczał on brak przystosowania i akceptacji choroby oraz poczucie dyskomfortu psychicznego. Maksymalna liczba zdobytych punktów wynosiła 40. Wynik ten

świadczył o akceptacji własnej choroby i braku negatywnych emocji z nią związanych. Dla grupy pacjentów objętych badaniem średnia arytmetyczna równa była 27,56 punktów, a odchylenie standardowe wynosiło 8,522.

Wyniki testu AIS zestawiono ze zmienną czasu, jaki upłynął od pierwszego rozpoznania nowotworu. Stwierdzono, że czas odgrywa ważną rolę w procesie radzenia sobie z chorobą i jej akceptacji. Pacjent, który choruje dłużej, posiada więcej informacji na temat choroby, zetknął się z różnymi problemami z nią związanymi, ma więcej czasu na przemyślenia oraz na szukanie wsparcia zarówno lekarskiego, jak i psychologicznego. Dlatego ważne jest, aby już na etapie diagnozy nowotworu objąć pacjenta opieką medyczną, ale też psychoonkologiczną, dzięki którym chory uzyska rzetelne informacje na temat nowotworu, sposobów leczenia i radzenia sobie z nową sytuacją.

Uzyskane wyniki zestawiono również z faktem rozpoznania bądź brakiem przerzutów nowotworowych. Chorzy z rozpoznanymi przerzutami stanowili grupę 32 osób, a bez rozpoznanych przerzutów 38 osób. Akceptacja choroby u pacjentów bez rozpoznania przerzutów różniła się istotnie statystycznie od akceptacji choroby pacjentów ze zdiagnozowanymi przerzutami nowotworowymi. Pacjenci z przerzutami wskazali, iż mają trudności z akceptacją choroby.

Kobiety uzyskały w teście AIS średnią 29,59, która była wyższa od średniej w grupie mężczyzn (26,17). Różnica ta jednak okazała się nieistotna statystycznie. Podobna sytuacja wystąpiła w podziale pacjentów na grupy wiekowe. U pacjentów do lat 55 (N=23), średnia liczba uzyskanych punktów w teście wyniosła 28. W grupie 55-65 lat (N=27) średnia liczba punktów wyniosła 27,74. Pacjenci powyżej 65 lat, których grupa była najmniej liczna (N=21) uzyskali średnią 26,86 punktów. Różnice te jednak okazały się nieistotne statystycznie.

Poznanie mechanizmów akceptacji choroby, jej uwarunkowań odgrywa szczególną rolę w chorobach przewlekłych, w tym nowotworowych. Badania dowodzą (Juczyński Z, 2009), że skala akceptacji choroby AIS stanowi dobry predyktor jakości życia uwarunkowanej chorobą, utożsamianą z satysfakcją z życia oraz oceną obecnego stanu zdrowia.

Badania właściwe rozpoczęto od badań chorych na nowotwór piersi. Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym wśród kobiet, zarówno w krajach wysokorozwiniętych, jak i rozwijających się (WHO, Breast cancer: prevention and control). Statystycznie co czwarta kobieta dotknięta chorobą nowotworową cierpi z powodu raka piersi. Rak piersi jest jedną z najczęstszych przyczyn zgonów kobiet powyżej 65. roku życia w Polsce (Krajowy Rejestr Nowotworów).

W Polsce, w przeciągu ostatnich 40 lat liczba zdiagnozowanych zachorowań na raka piersi wzrosła aż czterokrotnie. W roku 1975 stwierdzono ponad 4000 nowych zachorowań, zaś w roku 2012 liczba ta wynosiła już prawie 17000. Szacuje się, że w ciągu najbliższych 15 lat liczba ta przekroczy 21000 rocznie, a zachorowalność, choć nadal niższa, będzie porównywalna do średniej zachorowalności na ten nowotwór w Europie (Didkowska J, Wojciechowska U, 2013).

Do czynników ryzyka zachorowania na raka piersi zalicza się wiek >50 r.ż., nosicielstwo mutacji genów BRCA1, BRCA2, ATM, PTEN, TP53, CHECK2, rodzinne występowanie raka piersi w pierwszym stopniu pokrewieństwa, wczesne rozpoczęcie miesiączkowania (<12 r. ż.), późne wystąpienie menopauzy (>55 r. ż), pierwszy poród zakończony urodzeniem żywego dziecka po 30 r.ż., bezdietność, otyłość, dieta bogata w tłuszcze zwierzęce, regularne spożywanie więcej niż dwóch napoi alkoholowych dziennie, długotrwałe (>5 lat) stosowanie środków antykoncepcyjnych i hormonalnej terapii zastępczej, ekspozycję na działanie promieniowania jonizującego, obecność łagodnych chorób rozrostowych piersi (hiperplazja przewodowa, atypowa hiperplazja przewodowa, rak zrazikowy *in situ*) oraz przebycie w przeszłości następujących nowotworów: raka piersi, raka jajnika, raka trzonu macicy, raka jelita grubego (Deptala A, Frączek M, 2008).

Choroba nowotworowa, a w szczególności rak piersi z mastektomią stanowi duże obciążenie psychologiczne dla kobiet dotkniętych tym problemem. Stosuje się liczne metody pomiarowe, by jak najefektywniej objąć wsparciem psychologicznym tę grupę pacjentów (Nowicki A, Kwasińska E, Rzepka K i inn., 2009; Barnaś E, Skręt A, Skręt-Magierło J, 2009).

W badaniach własnych zbadano **193 pacjentki ze zdiagnozowanym rakiem piersi**, leczonych ambulatoryjnie za pomocą chemioterapii rozumianej jako chemioterapia klasyczna, hormonoterapia i leczenie celowane molekularnie w Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie w 2013 roku. Wyniki badań przedstawiono i omówiono w pracy:

Czerw A., Religioni U., Deptala A., ASSESSMENT OF PAIN, ACCEPTANCE OF ILLNESS, ADJUSTMENT TO LIFE WITH CANCER AND COPING STRATEGIES IN BREAST CANCER PATIENTS. Breast Cancer 2016; 23, p.654-661, DOI: 10.1007/s12282-015-0620-0. (IF ISI 1,170, MNiSW 20)

Celem badania była ocena strategii radzenia sobie z bólem i jego kontrolą, akceptacji choroby i przystosowania do życia z chorobą nowotworową wśród pacjentek z rakiem piersi. Analizie poddano również wpływ czynników socjo-ekonomicznych (wykształcenie, status zawodowy, dochód netto na członka gospodarstwa domowego, miejsce zamieszkania) i leczenia chemioterapeutycznego na postawę pacjenta wobec choroby. Zastosowano technikę PAPI (Paper and Pencil Interview). Wywiad kwestionariuszowy obejmował pytania metryczkowe (zmiennie socjo-ekonomiczne) oraz cztery testy psychometryczne: Kwestionariusz Przekonań na temat Kontroli Bólu (The Beliefs about Pain Control Questionnaire – BPCQ), Kwestionariusz Strategii Radzenia Sobie z Bólem (The Pain Coping Strategies Questionnaire – CSQ), Skalę Akceptacji Choroby (Approval Illness Scale – AIS), Skalę Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej (Mental Adjustment to Cancer – Mini-MAC).

Spośród trzech wymiarów testu BPCQ, pacjentki z rakiem piersi największą rolę w kontroli bólu nowotworowego przypisywały lekarzom. Średni wynik wyniósł 17,09 z odchyleniem

standardowym 4,40. Analizując wymiar przypadkowych zdarzeń w teście, średnia dla pacjentek wyniosła 16,27 z odchyleniem standardowym 4,32. W obszarze czynniki wewnętrzne obliczono średnią na poziomie 16,11, z odchyleniem standardowym 5,28.

Wśród zmiennych socjo-ekonomicznych kluczowe dla kontrolowania bólu okazały się wykształcenie oraz status zawodowy. Przypisywanie wpływu lekarzom na ten obszar choroby nowotworowej wyraźnie malało wraz ze wzrostem wykształcenia ($p=0,014$). U pacjentek z wykształceniem zawodowym średni wynik tego wymiaru skali wynosił 17,81; u chorych z wykształceniem średnim 17,33; a u badanych z wykształceniem wyższym już tylko 16,04.

Odnotowano również ujemną zależność między przypisywaniem wpływu przypadkowym zdarzeniom na kontrolowanie bólu nowotworowego a wzrostem poziomu wykształcenia ($p=0,000$). Średnia respondentek z wykształceniem zawodowym wynosiła dla tego wymiaru testu 18,81; u badanych z wykształceniem średnim było to już 16,63; a u tych z wyższym jedynie 14,73. Odchylenie standardowe dla pacjentek z wykształceniem zawodowym wynosiło 3,54; podczas gdy dla kobiet z wykształceniem średnim i wyższym już 4,01 i 4,35.

Przypisywanie wpływu na kontrolowanie bólu lekarzom różnicowane było również przez status zawodowy pacjentek ($p=0,021$). Chore, będące nieaktywne zawodowo, przypisywały lekarzom większą sprawczość w zakresie ich stanu zdrowia (średnia testu 17,77), niż pacjentki będące osobami pracującymi (średnia 16,40).

Do oceny strategii radzenia sobie z bólem, a także do weryfikacji skuteczności tych strategii w obniżaniu czy opanowywaniu bólu zastosowano test CSQ. Najwyższy średni wynik dla pacjentek z rakiem piersi uzyskano dla wymiaru deklarowania radzenia sobie (średnia 21,81), najmniejszą wartość odnotowano w wymiarze katastrofizowania (średnia 10,60).

Wśród zmiennych socjo-ekonomicznych największe znaczenie w wyjaśnianiu różnic pomiędzy otrzymanymi wynikami miały wykształcenie oraz dochody netto na członka gospodarstwa domowego. Ze względu na wykształcenie, odnotowano istotne różnice pomiędzy uzyskanymi wynikami w ramach niemal wszystkich wymiarów testu CSQ: odwracanie uwagi ($p=0,002$), przewartościowanie doznań bólu ($p=0,006$), ignorowanie doznań ($p=0,001$), modlenie się/pokładanie nadziei ($p=0,041$) oraz zwiększona aktywność behawioralna ($p=0,015$). W ramach każdego wymiaru zauważalny był spadek średnich wyników wraz ze wzrostem wykształcenia, jednak wyraźna różnica widoczna była między chorymi z wykształceniem zawodowym i średnim, a tymi z wyższym. Waga przypisywana poszczególnym strategiom była w obrębie grup zbliżona – jedynie w przewartościowaniu doznań bólu, chore uzyskiwały niższe średnie.

Dochody na członka gospodarstwa domowego różnicowały wyniki uzyskiwane w wymiarach: odwracanie uwagi ($p=0,011$), przewartościowanie doznań bólu ($p=0,011$) oraz modlenie się/pokładanie nadziei ($p=0,001$). Znaczenie przypisywania tym strategiom istotnie malało wraz ze wzrostem dochodów. Podobną zależność odnotowano w przypadku pozostałych wymiarów, jednak tam różnice okazały się nieistotne statystycznie.

Akceptację nowotworu piersi zmierzono przy użyciu skali AIS. Średni wynik testu dla pacjentek wyniósł 28,45 z odchyleniem standardowym 7,98. Głównym czynnikiem ekonomicznym różnicującym wyniki był dochód ($p=0,01$). Stwierdzono liniową zależność pomiędzy wzrostem dochodu netto na członka gospodarstwa domowego a wynikiem testu AIS. Różnice kształtowały się od 24,38 u osób o niskich dochodach do 31,49 u pacjentek o najwyższych dochodach. Różnice były istotne statystycznie.

Podobną zależność wykazano dla miejsca zamieszkania ($p=0,035$). Pacjentki mieszkające w dużych miastach charakteryzował wyższy wynik testu, a więc lepsze przystosowanie do choroby. Wyniki testu AIS nie były istotnie różnicowane przez wykształcenie ani status zawodowy.

Przystosowanie psychiczne do choroby mierzono przy użyciu testu Mini-Mac. Pacjentki z rakiem piersi uzyskały najwyższy wynik testu w wymiarach ducha walki (23,43) i pozytywnego przewartościowania (22,05), najniższy zaś w wymiarze bezzadność-beznadziejność (11,89). Różnice pomiędzy poszczególnymi grupami, wyróżnionymi ze względu na cechy socjo-ekonomiczne, były bardzo niewielkie. Istotność statystyczną uzyskano jedynie dla statusu zawodowego w wymiarze pozytywnego przewartościowania ($p=0,008$). Pacjentki aktywne zawodowo uzyskały w tym wymiarze istotnie wyższe wyniki niż te, które były nieaktywne.

Fakt otrzymywania bądź braku w ciągu ostatniego roku leczenia chemioterapeutycznego różnicował pacjentki na dwie grupy. Chore, które poddawały się chemioterapii, uzyskiwały wyższe wyniki w wymiarach zaabsorbowanie lękowe oraz bezzadność-beznadziejność; niższe z kolei w wymiarach ducha walki i pozytywne przewartościowanie. Zaobserwowane różnice były jednak istotne statystycznie jedynie w przypadku wymiaru zaabsorbowania lękowego: 17,25 u badanych otrzymujących i 15,43 u badanych nieotrzymujących leczenia chemioterapeutycznego. ($p=0,032$).

W pracy sformułowano następujące wnioski:

1. Pacjentki z rakiem piersi, w kontekście kontroli bólu, przypisywały największą rolę wpływowi lekarzy, a najmniejszą – czynnikom wewnętrznym.
2. Wśród strategii radzenia sobie z bólem, najwyższy średni wynik uzyskał wymiar deklarowania radzenia sobie, a najmniejszą wartość charakteryzował wymiar katastrofizowania.
3. Poziom akceptacji choroby uzależniony był od dochodów netto na członka gospodarstwa domowego. Im wyższy dochód, tym akceptacja choroby była większa.
4. W przystosowaniu psychicznym do choroby najwyższe wartości zaobserwowano w wymiarach ducha walki i pozytywnego przewartościowania.
5. Największe znaczenie w wyjaśnianiu różnic pomiędzy otrzymanymi wynikami w poszczególnych testach psychometrycznych wśród zmiennych socjo-ekonomicznych miały wykształcenie oraz dochód netto na członka gospodarstwa domowego.

Na podstawie sformułowanych wniosków w dalszej części niniejszego autoreferatu (punkt 4.2.4.) zaproponowano rekomendacje dotyczące objęcia wsparciem psychoonkologicznym w różnych obszarach i ze względu na różne zmienne socjo-ekonomiczne pacjentek z rakiem piersi.

Kolejną grupę pacjentów objętych badaniami stanowili chorzy z rozpoznany nowotworem prostaty. Rak gruczołu krokowego jest drugim co do częstości występowania nowotworem złośliwym wśród mężczyzn na świecie (WHO, International Agency for Research on Cancer, IARC. World Health Statistics 2016: Monitoring health for the SDGs). Standaryzowany współczynnik zachorowalności na nowotwór prostaty dla Europy Zachodniej wynosi 94,1/100000 osób i jest drugim co do wielkości, po Australii i Nowej Zelandii, spośród wszystkich regionów świata. Kolejne regiony to Ameryka Północna i Północna Europa ze współczynnikami odpowiednio 85,6 i 75,2. Przy tak wysokich wartościach współczynników zauważyć należy również różnicę z innymi regionami – dla przykładu w krajach azjatyckich wynosi on jedynie 4,1-13,6/100 000 osób (WHO, International Agency for Research on Cancer, IARC. World Health Statistics 2016: Monitoring health for the SDGs).

W Polsce liczba zachorowań na raka prostaty w ciągu ostatnich 30 lat wzrosła około pięciokrotnie, osiągając w 2013 roku ponad 12162 odnotowanych nowych przypadków (Krajowy Rejestr Nowotworów). Zachorowania występują już u mężczyzn w wieku 45-55 lat, jednak ich szczyt przypada w grupie wiekowej 70-74 lata, gdzie współczynnik zachorowalności wynosi ponad 350/100000 osób. Średnia zachorowalność na nowotwory prostaty w Polsce wynosi 39,2/100000, co jest wynikiem znacznie lepszym od występującego w krajach Europy Zachodniej.

Wskaźnik przeżycia 5-letniego u Polaków z nowotworem prostaty w ciągu ostatniej dekady poprawił się i wynosi obecnie 76,4%. Standaryzowany współczynnik umieralności kształtuje się na poziomie 12,4/100000, natomiast w krajach Europy Zachodniej, mimo wyższej zachorowalności, wynosi on 12,1 (Krajowy Rejestr Nowotworów).

Badaniami własnymi objęto **228 pacjentów ze zdiagnozowanym rakiem prostaty**. Wyniki badań przedstawiono i omówiono w pracy:

Czerw A., Religioni U., Deptała A., Fronczak A., PAIN, ACCEPTANCE OF ILLNESS, ADJUSTMENT TO LIFE WITH CANCER AND COPING STRATEGIES IN PROSTATE CANCER PATIENTS. Arch Med Sci, DOI: 10.5114/aoms.2016.58458. (IF ISI 1,812, MNiSW 25)

Celem badania była ocena strategii radzenia sobie z bólem i jego kontrolą, akceptacji choroby i przystosowania do życia z chorobą nowotworową wśród pacjentów cierpiących na raka prostaty. W badaniu wykorzystano omówione wcześniej testy psychometryczne, które zostały zestawione ze zmiennymi socjo-ekonomicznymi.

Chorzy na raka prostaty w podobnym stopniu przypisywali kontrolę bólu trzem obszarom weryfikowanym testem BPCQ. Najwyższy wynik uzyskał obszar wpływ lekarzy ze średnią dla próby wynoszącą 16,31.

Odnotowano rzadkie zróżnicowanie wyników testu BPCQ ze względu na cechy socjo-ekonomiczne. Przypisywanie wpływu na kontrolę bólu czynnikom zewnętrznym było różnicowane przez dochody netto na członka gospodarstwa domowego pacjenta, zaś przypisywanie wpływu lekarzom przez status zawodowy. W wymiarze przypadkowych zdarzeń wpływających na ból zdecydowanie najwyższą średnią uzyskali chorzy z przedziału dochodowego 601-900 zł (16,96). Niższy rezultat uzyskali badani z przedziału 300-600 zł (15,48). Grupy o najwyższych dochodach uzyskały najniższe wyniki: badani z przedziału 901-1200 zł (14,32) i chorzy z przedziału 1201-1500 zł (14,15). Wyniki w wymiarach przypisywania wpływu lekarzom i przypadkowym zdarzeniom były wyższe w przypadku chorych nieaktywnych zawodowo: 16,79 przy 14,94 dla wpływu lekarzy i 15,54 przy 13,81 dla przypadkowych zdarzeń. Obydwa wyniki okazały się istotne statystycznie (odpowiednio $p=0.025$ i $p=0.035$).

W obszarze radzenia sobie z bólem (CSQ) badani cierpiący na raka prostaty najwyższą wartość przypisali strategiom zwiększona aktywność behawioralna (średnia 18,27 z odchyleniem standardowym 10,81) oraz deklarowanie radzenia sobie (średnia 17,85 z odchyleniem standardowym 11,68), a najniższą strategii katastrofizowania (średnia 6,54 z odchyleniem standardowym 7,75). Analizując zależność uzyskanej średniej w poszczególnych wymiarach testu CSQ w odniesieniu do wykształcenia chorych, w czterech wymiarach: odwracanie uwagi, przewartościowanie doznań bólu, modlenie się/pokładanie nadziei oraz zwiększona aktywność behawioralna zauważono, iż średnia wyników była tym niższa, im wyższy był poziom wykształcenia danej grupy chorych.

Miejsce zamieszkania nie różnicowało żadnego z wymiarów testu CSQ. Dochody netto na członka gospodarstwa domowego istotnie różnicowały jedynie wyniki uzyskane w wymiarze modlenie się/pokładanie nadziei ($p=0.010$). Dla grup o niższych dochodach odnotowano średnie kolejno: 17,91 i 17,31; z kolei dla tych o wyższych dochodach: 13,61 i 11,99. Wszystkie grupy cechowała zbliżona spójność wewnętrzna odpowiedzi – odchylenie standardowe było bliskie 10,50 pkt. dla każdej grupy badanych.

Średni poziom akceptacji choroby wśród chorych na raka prostaty w skali AIS wyniósł 30,39 z odchyleniem standardowym 8,07. Czynnikiem socjo-ekonomicznym, który najmocniej różnicował wynik testu było wykształcenie ($p=0.08$). Najwyższą akceptację choroby wykazali pacjenci z wykształceniem średnim i wyższym, a najniższą – z podstawowym. Kolejnym czynnikiem różnicującym wynik testu AIS były dochody netto na członka gospodarstwa domowego ($p=0.012$). Zaobserwowano liniową zależność pomiędzy wzrostem dochodów a wzrostem poziomu akceptacji choroby. Stwierdzono również istotną statystycznie zależność pomiędzy leczeniem chemioterapeutycznym a akceptacją choroby nowotworowej. Osoby, które w ostatnim roku nie otrzymywały takiego leczenia, wykazywały

wyższy poziom akceptacji choroby – 30,91, w porównaniu ze średnią 27,90, charakteryzującą pacjentów, którzy w ostatnim roku odbyli chemioterapię.

Analizując przystosowanie psychiczne do choroby stwierdzono, iż pacjenci z nowotworem prostaty najwyższy wynik testu Mini-MAC uzyskali w wymiarach ducha walki (średnia 22,46 z odchyleniem standardowym 3,44) oraz pozytywnego przewartościowania (średnia 22,04 z odchyleniem standardowym 2,99), a najniższy w wymiarze bezzadność-beznadziejność (11,39). U badanych pacjentów wykształcenie oraz dochód różnicowały wyniki uzyskiwane w powiązanych ze sobą wymiarach zaabsorbowania lękowego oraz bezzadność-beznadziejność. W obydwu przypadkach wyniki uzyskiwane w teście Mini-Mac obniżały się wraz ze wzrostem dochodu i wykształcenia badanych. W wymiarze zaabsorbowania lękowego średnia wyniosła 15,38 dla badanych z wykształceniem zawodowym oraz 13,16 i 13,10 dla badanych z wykształceniem średnim i wyższym. W ramach wymiaru bezzadność-beznadziejność, średnie dla chorych z wykształceniem podstawowym i zawodowym wyniosły kolejno 13,89 i 12,66; z kolei u badanych z wykształceniem średnim i wyższym już tylko 10,77 i 10,36. Pacjenci, posiadający dochody netto na członka gospodarstwa domowego w przedziale 300-600 zł w ramach pierwszego wymiaru uzyskali wynik 15,82; badani z dochodami od 601 do 900 zł – 14,67; pacjenci z przedziału 901-1200 zł – 13,47; zaś chorzy o najwyższych dochodach już tylko 13,07. W wymiarze bezzadność-beznadziejność, średnie kształtowały się od 13,12 u badanych o najniższych dochodach przez 11,89; 10,98 aż do 10,16 u pacjentów z najwyższych grup dochodowych.

W pracy sformułowano następujące wnioski, stanowiące podstawę rekomendacji dotyczących objęcia wsparciem psychologicznym w wybranych obszarach badanej grupy chorych (punkt 4.2.4.):

1. Głównym obszarem umiejscowienia kontroli bólu dla pacjentów cierpiących na raka prostaty był wpływ lekarzy. Chorzy ci uznali środowisko medyczne (lekarzy) jako czynnik mający najsilniejszy wpływ na kontrolę bólu nowotworowego. Znacznie niżej ocenili własne oddziaływanie na poziom bólu w chorobie oraz wpływ przypadkowych zdarzeń w tym obszarze.
2. Najczęściej obieranymi strategiami radzenia sobie z chorobą były zwiększona aktywność behawioralna oraz deklarowanie radzenia sobie.
3. Chorych na raka prostaty charakteryzował konstruktywny styl radzenia sobie w chorobie.
4. Zmiennymi socjo-ekonomicznymi, które najsilniej różnicowały wyniki we wszystkich testach były dochody netto na członka gospodarstwa domowego oraz wykształcenie.

Kolejny etap badań stanowili chorzy z nowotworem płuca. W 2013 roku, z ponad 12.7 miliona nowotworów zdiagnozowanych na świecie, około 13% (1.6 miliona) stanowiły nowotwory płuca. Nowotwory płuca są najczęściej diagnozowanym nowotworem na świecie wśród mężczyzn i najczęstszą nowotworową przyczyną zgonów (1.4 miliona zgonów, 18%).

W Polsce rak płuca jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym wśród mężczyzn (20% wszystkich zachorowań), a trzecim, po nowotworach piersi i jelita grubego, u kobiet (9% zachorowań), przy czym liczba zachorowań wśród kobiet rośnie, a wśród mężczyzn – maleje. Nadal jednak 80% osób chorych na raka płuca stanowią mężczyźni (Krajowy Rejestr Nowotworów).

Rak płuca jest nowotworem o złym rokowaniu co do przeżycia. Rocznie w Polsce umiera z tego powodu niemal tyle samo osób, ile odnotowuje się nowych zachorowań. Głównym powodem jest bardzo niska wykrywalność we wczesnym stadium, gdy nowotwór nie daje jeszcze wyraźnych objawów. W roku 2013 odnotowano ponad 22 500 zgonów mężczyzn i kobiet z powodu nowotworu płuca (Krajowy Rejestr Nowotworów).

Największą zachorowalność na raka płuca obserwuje się pomiędzy 55. a 70. rokiem życia (Krajowy Rejestr Nowotworów). Głównym czynnikiem ryzyka zachorowania na ten nowotwór jest palenie tytoniu oraz narażenie na dym tytoniowy, czyli tak zwane palenie bierne. Czynniki te stanowią 90% przyczyn wszystkich zachorowań. Na dalszych miejscach znajdują się: narażenie na kontakt z azbestem, ze związkami chromu oraz arsenu. Prognozuje się, że jeśli nie nastąpi ograniczenie palenia papierosów, w ciągu najbliższych 10 lat, liczba nowych zachorowań na raka płuca w Polsce wzrośnie o 40% (Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R i inn., 2013).

W Europie Zachodniej zachorowalność na raka płuca stanowi nieco mniejszy problem niż w Polsce, wykazuje jednak tendencję rosnącą. Prognozy przewidują, że w najbliższych latach rak płuca będzie stanowił główny powód zgonów w większości krajów europejskich. Obecnie najwyższa zachorowalność odnotowywana jest na Węgrzech (51,6/100 tys. mieszkańców) i tylko kilka krajów europejskich nieznacznie przekracza współczynnik dla Polski – 38/100 tys. mieszkańców (Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R i inn., 2013).

Badaniami objęto **243 pacjentów z rozpoznaniem raka płuca**, leczonych ambulatoryjnie za pomocą chemioterapii rozumianej jako chemioterapia klasyczna i leczenie celowane molekularnie. Wyniki badań przedstawiono i omówiono w pracy:

Czerw A., Religioni U., Deptała A., ADJUSTMENT TO LIFE WITH LUNG CANCER. Adv Clin Exp Med 2016; 25(4), DOI: 10.17219/acem/61014.. (IF ISI 1,127, MNiSW 15)

Ocenie poddano strategię radzenia sobie z bólem i jego kontrolą, akceptację choroby i przystosowanie do życia z chorobą nowotworową wśród pacjentów z rakiem płuca.

Analizując przekonania na temat kontroli bólu stwierdzono, iż najwyższy średni wynik testu uzyskał wymiar „wpływ lekarzy” (16,79), a najniższy – „czynniki wewnętrzne” (15,64). Zmiennymi socjo-ekonomicznymi różnicującymi wyniki testu okazały się wykształcenie, status zawodowy, a także dochód netto na członka gospodarstwa domowego. Wykształcenie chorych różnicowało wyniki uzyskiwane w wymiarach przypisywania wpływu czynnikom wewnętrznym ($p=0,015$) oraz przypadkowym zdarzeniom ($p=0,010$). W wymiarze przypisywania wpływu czynnikom wewnętrznym

zaobserwowano znaczącą różnicę między wynikami uzyskiwanymi przez osoby z wykształceniem zawodowym (17,07) a średnim i wyższym, kolejno 14,21 i 15,14. W wymiarze przypisywania wpływu przypadkowym zdarzeniom, zbliżone wyniki uzyskali pacjenci z wykształceniem zawodowym (16,41) oraz wyższym (16,16), a najniższą średnią uzyskała grupa badanych, którzy posiadali średnie wykształcenie (15,15). Stwierdzono również, że większy wpływ na ból przypadkowym zdarzeniom przypisywali chorzy, którzy byli nieaktywni zawodowo (średnia 16,29), mniejszy z kolei osoby pracujące (15,03) ($p=0,044$).

W zakresie dochodów netto na członka gospodarstwa domowego zauważono liniową zależność dla każdego z wymiarów testu BPCQ. Różnice okazały się jednak istotne statystycznie tylko dla wymiaru przypadkowych zdarzeń ($p=0,042$). Średnie wymiaru przypisywania wpływu przypadkowym zdarzeniom kształtowały się od 17,46 u badanych o najniższych dochodach do 14,58 u tych z najwyższych grup dochodowych, co oznacza, że wraz ze wzrostem dochodów malała waga przypisywana wpływowi przypadkowych zdarzeń na ból. Płeć oraz miejsce zamieszkania nie różnicowały wyników w zakresie kontroli bólu (w obu przypadkach $p>0,05$). Fakt odbywania bądź nieodbywania chemioterapii różnicował wyniki uzyskiwane wyłącznie w wymiarze przypisywania wpływu lekarzom ($p=0,007$). W przypadku pacjentów otrzymujących leczenie chemioterapeutyczne zaobserwowano wyższy wynik testu uzyskiwany w tym wymiarze (17,45) w porównaniu do 16,26 dla pacjentów nie otrzymujących chemioterapii w ciągu ostatniego roku.

Analizując wyniki testu CSQ, najwyższy średni wynik dla chorych cierpiących na raka płuca uzyskał wymiar deklarowania radzenia sobie (średnia 19,64), najmniejszą wartością charakteryzował się wymiar przewartościowania doznań bólu (średnia 10,32). Wyniki testu różnicowane były przez wykształcenie i dochody. Im wyższe wykształcenie, tym niższe znaczenie przypisywane wymiarom: przewartościowanie doznań bólu ($p=0,024$), modlenie się/pokładanie nadziei ($p=0,00$) oraz deklarowanie radzenia sobie ($p=0,031$), choć badani z wykształceniem średnim i wyższym uzyskiwali dość zbliżone wyniki. Dochody na członka gospodarstwa domowego różnicowały wyniki uzyskiwane jedynie w ramach wymiaru modlenie się/pokładanie nadziei ($p=0,00$). Osoby z najniższymi dochodami stosowały tę strategię znacznie częściej (średnia 23,40), z kolei te z najwyższymi istotnie rzadziej (średnia 14,24). Płeć, wielkość miejscowości zamieszkania (liczba mieszkańców) oraz status zawodowy nie różnicowały wyników testu CSQ wśród badanych z rakiem płuca.

Średni wynik testu AIS w badanej grupie chorych wyniósł 23,17, z odchyleniem standardowym 7,61. Żadna z analizowanych zmiennych socjo-ekonomicznych (płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania, status zawodowy, dochody netto na członka gospodarstwa domowego) nie wpływała na poziom akceptacji choroby.

W obszarze przystosowania psychicznego do choroby stwierdzono, iż chorzy cierpiący na raka płuca uzyskali najwyższy wynik testu Mini-Mac w wymiarach ducha walki (21,91) i pozytywnego przewartościowania (21,40), najniższy zaś w wymiarze bezradność-beznadziejność (13,55). Różnice pomiędzy poszczególnymi grupami, wyróżnionymi ze względu na cechy socjo-ekonomiczne

były bardzo niewielkie. Istotność statystyczną uzyskano jedynie w wymiarze zaabsorbowania lękowego (grupa chorych nieaktywnych zawodowo charakteryzowała się najniższym wynikiem dla tego wymiaru). Różnice zaobserwowano również w grupach leczonych i nieleczonych chemioterapią w ciągu ostatniego roku. Wymiarem różniącym obydwie grupy był „duch walki” ($p=0,01$). Wyższa średnia dla tej zmiennej charakteryzowała pacjentów, którzy w ciągu ostatniego roku otrzymali takie leczenie.

W pracy sformułowano następujące wnioski, na podstawie których wyróżniono obszary wsparcia psychologicznego w badanej grupie chorych (punkt 4.2.4.):

1. W przypadku pacjentów chorych na raka płuca najwyższy średni wynik wpływający na kontrolę bólu uzyskał wymiar „wpływ lekarzy”. Pacjenci ci upatrywali siły sprawczej w personelu medycznym (lekarze), wpływającej na kontrolowanie bólu w chorobie. Wpływ ten jednak obniżał się wraz ze wzrostem wykształcenia, dochodów oraz statusu zawodowego pacjentów.
2. Najwyższy wynik wśród strategii radzenia sobie z chorobą osiągnął wymiar „deklarowanie radzenia sobie”. Obrane strategie różnicowane były przede wszystkim przez wykształcenie chorych.
3. Poziom akceptacji choroby nie był różnicowany przez żadną z badanych zmiennych socjo-ekonomicznych.
4. Najczęstszymi sposobami radzenia sobie w chorobie był „duch walki” i „pozytywne przewartościowanie”.

Badaniami objęto także chorych na nowotwór jelita grubego. Co roku w Polsce odnotowuje się ponad 15000 nowych zachorowań na raka jelita grubego (Krajowy Rejestr Nowotworów). Dane Krajowego Rejestru Nowotworów wskazują również, że w ostatnich latach nastąpił wzrost zarówno liczby zachorowań, jak i liczby zgonów z powodu występowania tego nowotworu.

W Polsce średnie 5-letnie przeżycie pacjentów z rakiem jelita grubego wynosi niecałe 30%, podczas gdy średnia europejska to 50%, a w Stanach Zjednoczonych wynosi ono 80%. Wcześniej wykryty rak jelita grubego jest bardzo często wyleczalny. Wykrycie tego nowotworu we wczesnej fazie zwiększa przeżycie 5-letnie do 90%, natomiast wykrycie w najbardziej zaawansowanym stadium zmniejsza szanse na przeżycie pięciu lat do jedynie 5% (Krajowy Rejestr Nowotworów).

Rak jelita grubego stanowi trzeci co do częstości nowotwór na świecie (10% spośród wszystkich nowotworów). Ponad 55% przypadków tego nowotworu rozpoznawanych jest w krajach wysoko rozwiniętych, jednak regiony te charakteryzują się wyższą przeżywalnością. Rak jelita grubego występuje najczęściej w Australii/Nowej Zelandii. Współczynniki zachorowalności dla tego regionu wynoszą 44,8 na 100 tys. populacji dla mężczyzn i 32,2 dla kobiet. Najrzadziej rak jelita grubego występuje w Afryce, gdzie współczynniki zachorowalności wynoszą odpowiednio 4,5/100 tys. dla mężczyzn oraz 3,8/100 tys. dla kobiet (Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R i inn., 2013).

Do badań własnych zakwalifikowano **238 pacjentów ze zdiagnozowanym rakiem jelita grubego**. Wyniki badań przedstawiono i omówiono w pracy:

Czerw A., 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 Rev 2016; 11(2), p.96-103, DOI: 10.5114/pg.2015.52561. (MNISW 14)

Analizując akceptację choroby i przystosowanie do życia z chorobą wśród pacjentów z rakiem jelita grubego stwierdzono, iż najwyższy średni wynik testu BPCQ uzyskał wymiar czynniki wewnętrzne (17,36 z odchyleniem standardowym 5,47), a najniższy – przypadkowe zdarzenia (15,72 z odchyleniem standardowym 4,68). Zmiennymi socjo-ekonomicznymi różnicującymi wyniki testu były: płeć, wykształcenie, dochody netto na członka gospodarstwa domowego oraz status zawodowy. We wszystkich wymiarach testu mężczyźni, cierpiący na nowotwór jelita grubego, uzyskiwali nieco wyższe wyniki niż kobiety. Średnia testu dla mężczyzn wyniosła 16,84, z kolei dla kobiet 15,53. Największy wpływ lekarzom przypisywali pacjenci z wykształceniem podstawowym, najmniejszy z wyższym. Badani legitymujący się wykształceniem zawodowym i średnim osiągnęli zbliżone wyniki. W wymiarze przypadkowych zdarzeń, średnia rezultatów wyniosła 16,89 dla chorych z wykształceniem podstawowym; 16,91 u pacjentów z wykształceniem zawodowym; nieco mniej, bo 15,80 wśród badanych legitymujących się wykształceniem średnim i jedynie 13,60 u badanych z wykształceniem wyższym. Przyniesione różnice w wynikach ze względu na wykształcenie badanych okazały się istotne statystycznie. Im wyższe wykształcenie chorego, tym przypisywał on mniejszy wpływ na ból lekarzom ($p=0,016$) oraz przypadkowym zdarzeniom ($p=0,001$).

Wyniki uzyskane w poszczególnych wymiarach testu BPCQ miały również wraz ze wzrostem dochodów badanych. W przypadku jednak wymiaru przypisywania wpływu czynnikom wewnętrznym, nie odnotowano istotnej statystycznie różnicy w grupach o różnym dochodzie. W wymiarze przypisywania wpływu lekarzom, średni wynik kształtował się od 17,44 u badanych z dochodami od 300 do 600 zł netto na członka gospodarstwa domowego przez kolejno 16,76 i 15,96 u badanych z dochodami od 601 do 900 zł i od 901 do 1200 zł, aż do jedynie 14,27 wśród pacjentów z najwyższymi dochodami ($p=0,033$). W wymiarze przypisywania wpływu przypadkowym zdarzeniom występowała widoczna różnica między dwiema grupami o najniższych dochodach, gdzie średnie wyniosły kolejno: 16,81 i 16,68; a pozostałymi dwiema z dochodami wyższymi i średnimi kolejno 14,96 i 13,91 ($p=0,002$).

Ze względu na status zawodowy, w wymiarze wpływu lekarzy, pacjenci nieaktywni zawodowo uzyskali średni wynik 17,21, z kolei osoby pracujące jedynie 14,94. Również w wymiarze przypisywania wpływu przypadkowym zdarzeniom wyższą średnią uzyskały osoby nieaktywne

zawodowo – 16,78 w porównaniu z wynikiem 14,06 u osób pracujących. Różnice te okazały się istotne statystycznie (dla wpływu lekarzy $p=0,001$; dla przypadkowych zdarzeń $p=0,000$).

W przypadku testu CSQ najwyższy średni wynik dla chorych cierpiących na nowotwór jelita grubego uzyskał wymiar deklarowania radzenia sobie (średnia 21,86), choć równie wysoko oceniana była zwiększona aktywność behawioralna (średnia 21,42). Najniższa wartość charakteryzowała wymiar katastrofizowania (średnia 10,04).

Pacjenci z rakiem jelita grubego, ze względu na cechy socjo-ekonomiczne, przypisywali różne znaczenie przede wszystkim wymiarowi modlenie się/pokładanie nadziei. Wyniki uzyskiwane w ramach tego wymiaru były różnicowane przez: płeć, wykształcenie, dochody netto na członka gospodarstwa domowego oraz status zawodowy. Ze względu na płeć, kobiety przypisywały tej strategii większe znaczenie ($p=0,015$). Chorzy z wykształceniem zawodowym i średnim uzyskali zbliżone wyniki, kolejno: 22,97 i 20,55, a średnia pacjentów z wykształceniem wyższym była znacznie niższa i wyniosła 15,60 ($p=0,000$). Badani z dwóch grup o najniższych dochodach uzyskali średnie 21,80 i 23,49, z kolei z grup o najwyższych dochodach znacznie niższe – 18,52 i 14,48 ($p=0,000$). Chorzy nieaktywni zawodowo przypisali tej strategii większą wagę (średnia 21,83) niż osoby pracujące (17,51) ($p=0,001$).

Płeć pacjentów z rakiem jelita grubego różnicowała również wyniki uzyskiwane w wymiarze zwiększonej aktywności behawioralnej ($p=0,006$). Wyższe średnie wyniki ponownie uzyskały kobiety. Dochody różnicowały z kolei stosowanie strategii odwracania uwagi ($p=0,002$) i katastrofizowania ($p=0,005$). Różnice były bardzo duże, zwłaszcza pomiędzy dwiema grupami o najniższych dochodach i dwiema o dochodach najwyższych.

Średni wynik uzyskany przez pacjentów chorych na raka jelita grubego w skali AIS wyniósł 27,74 z odchyleniem standardowym 8,36. Głównym czynnikiem socjo-ekonomicznym różnicującymi wyniki był dochód ($p=0,000$). Dostrzeżono liniową zależność pomiędzy wzrostem dochodu netto na członka gospodarstwa domowego a wynikiem testu AIS. U badanych, których dochody na osobę w gospodarstwie domowym nie przekraczały 600 zł, średni wynik testu wyniósł 23,11; w kolejnych dwóch grupach dochodowych przekroczył 28,0; z kolei w grupie osób najbardziej zamożnych, posiadających dochody od 1201 do 1500 zł netto na członka gospodarstwa domowego wyniósł aż 31,57. Czynnikiem różnicującym wyniki testu AIS było również miejsce zamieszkania ($p=0,010$). Osoby mieszkające na wsi i w małych miastach charakteryzował niższy poziom akceptacji choroby w porównaniu z mieszkańcami większych miast. Dodatkowo, poziom akceptacji choroby w badanej grupie różnicowany był przez fakt otrzymywania leczenia chemioterapeutycznego w ciągu ostatniego roku ($p=0,027$). Pacjenci, którzy nie byli poddani chemioterapii, uzyskiwali wyższe średnie wyniki testu (28,88) w porównaniu z 26,73 dla osób, które takie leczenie otrzymały.

Badani chorzy na raka jelita grubego uzyskali najwyższy wynik testu Mini-Mac w wymiarach ducha walki (23,42) i pozytywnego przewartościowania (22,31), najniższy z kolei w wymiarze bezradność-bez nadziei (12,39). Wyniki uzyskiwane w wymiarach zaabsorbowanie lękowe

i pozytywne przewartościowanie różnicowane były przez miejsce zamieszkania. Średni wynik dla obszaru zaabsorbowanie lękowe zmniejszał się wraz z wielkością miejscowości zamieszkania (dla wsi średnia wartość dla tego wymiaru wynosiła 16,93, a dla miast powyżej 500 tys. mieszkańców 14,51) ($p=0,010$). Dla wymiaru pozytywnego przewartościowania nie wykazano istotnej statystycznie zależności ($p=0,028$). W ramach wymiaru pozytywne przewartościowanie, wyniki testu Mini-MAC różnicowane były również przez status zawodowy pacjenta ($p=0,008$). Najwyższe średnie dla analizowanego wymiaru uzyskały osoby pracujące (23,0), najniższe zaś, osoby nieaktywne zawodowo (21,00). Wymiary zaabsorbowanie lękowe i bezradność-bez nadzieję różnicowane były poprzez wysokość dochodu netto na członka gospodarstwa domowego (odpowiednio $p=0,005$ oraz $p=0,004$) oraz fakt przyjmowania leczenia chemioterapeutycznego w ciągu ostatniego roku ($p=0,002$ oraz $p=0,004$). Najwyższe wartości tych wymiarów odnotowano dla osób o najwyższych dochodach. W przypadku chemioterapii – fakt odbycia leczenia wpływał na wzrost średnich wartości w powyższych wymiarach.

W pracy sformułowano następujące wnioski, stanowiące podstawę rekomendacji dotyczących wsparcia psychologicznego w obszarze akceptacji choroby i przystosowania do życia wśród pacjentów z rakiem jelita grubego (punkt 4.2.4.):

1. Największą rolę w umiejscowieniu kontroli bólu pacjenci przypisywali czynnikom wewnętrznym. Wykazali oni przekonanie o wpływie własnej siły wewnętrznej i nastawienia do choroby w kontroli bólu nowotworowego. Dla czynników tych uzyskano wyższe wyniki, niż dla wpływu lekarzy i przypadkowych zdarzeń na ból w chorobie. Wzrost średnich wartości dla tego wymiaru zauważalny był wraz ze wzrostem wykształcenia chorego.
2. Dominującymi strategiami radzenia sobie z bólem były deklarowanie radzenia sobie oraz zwiększona aktywność behawioralna.
3. Poziom akceptacji choroby zależał od dochodu netto na członka gospodarstwa domowego.
4. Pacjentów charakteryzował głównie konstruktywny styl zmagania się z chorobą, choć obrany sposób różnicowany był przez miejsce zamieszkania, status zawodowy oraz dochód netto na członka gospodarstwa domowego.

Kolejnym etapem w ramach badań własnych była ocena stopnia akceptacji choroby i przystosowania do życia pacjentów z rozpoznaną chorobą nowotworową w grupach najczęstszych zachorowań na nowotwory w Polsce. Do badania zakwalifikowano **902 pacjentów z rakiem płuca, prostaty i jelita grubego (w grupie mężczyzn) oraz rakiem piersi, jelita grubego i płuca (w grupie kobiet)**. Zastosowano dobór próby oparty na dostępności chorych. Badanie przeprowadzone zostało z pacjentami dostępnymi w danym miejscu i czasie w Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej – Curie w Warszawie w 2013 roku. Obrana metoda pozwoliła uzyskać próbę z cechami reprezentatywnej, bowiem ta zawierała w sobie różnorodne kategorie respondentów, opierając się na losowości ich wizyt w Centrum. W próbie znaleźli się pacjenci z różnymi obszarami zmiany

pierwotnej (w ramach uwzględnionych kryteriów kwalifikacji do badania), będący różnej płci, pochodzący z różnych regionów Polski, posiadający różne wykształcenie i dochody. Ważną cechą próby w szeroko zakrojonym badaniu ilościowym jest jej liczebność. W ramach niniejszego badania udział wzięło 902 chorych, dzięki czemu uzyskano wiarygodny materiał do statystycznych porównań i zminimalizowano ryzyko wpływu ekstremalnych przypadków na średnie wyniki. Wyniki otrzymanych badań przedstawiono w kolejno opublikowanych pracach w: *Psychiatrii Polskiej*, *Iranian Journal of Public Health*, *Journal of Cancer Education* oraz w *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. Wszystkie wymienione czasopisma posiadają współczynnik oddziaływania IF i są indeksowane w *Journal Citation Reports*.

Religioni U., Czerw A., Deptała A., PATIENT MENTAL ADJUSTMENT TO SELECTED TYPES OF CANCER. *Psychiatr. Pol.*, DOI: <http://dx.doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/44732>. (IF ISI 0,884, MNiSW 15)

Przystosowanie psychiczne do choroby wyraża się zarówno w procesach poznawczych, jak i konkretnych zachowaniach pacjentów. Poszczególne rodzaje tych zachowań przedstawiają natomiast różny poziom nasilenia stresu i emocji, a w szczególności style radzenia sobie z chorobą (Juczyński Z, 1997). W zależności od indywidualnych cech osobowościowych pacjentów, a także przebytych wcześniej doświadczeń, stopień przystosowania do choroby, definiowanego ogólnie jako reakcja na informacje o chorobie nowotworowej może się znacząco różnić, co więcej – zwykle zmienia się w czasie, w zależności od etapu leczenia (Malicka I, Szczepańska J, Anioł K i inn., 2009). Przystosowanie do choroby nie jest więc działaniem jednorazowym, ale procesem, którego celem jest przywrócenie stanu równowagi pacjenta w nowych okolicznościach oraz usunięcie dyskomfortu emocjonalnego (Kulpa M, Owczarek K, Stypuła-Ciuba B, 2013).

Liczne badania nad skutecznością leczenia chorób nowotworowych wskazują na zależności pomiędzy przebiegiem choroby oraz skutecznością leczenia a pozytywnym nastawieniem, chęcią walki czy poziomem obaw i lęku (Bussel V, Naus M, 2010; Halstead MT, Fernsler JI, 1994; Stanton AL, Ganz PA, Rowland JH i inn., 2005). Mając na uwadze powyższe w badaniu własnym podjęto próbę ustalenia zależności pomiędzy lokalizacją pierwotnej zmiany nowotworowej a **przystosowaniem psychicznym pacjentów do choroby onkologicznej**. Analizie poddano również zależności pomiędzy zmiennymi socjo-ekonomicznymi a przystosowaniem psychicznym wśród osób cierpiących na najczęściej występujące nowotwory w Polsce. Dodatkowo dokonano weryfikacji wpływu leczenia chemioterapeutycznego na przystosowanie psychiczne do choroby onkologicznej. W badaniu wykorzystano test Mini-Mac (Skala Przystosowania Psychicznego do Choroby – Mini-Mac).

Obszar zmiany pierwotnej u pacjentów wyraźnie wpływał na wyniki uzyskiwane we wszystkich wymiarach testu. W wymiarach zaabsorbowania lękowego oraz bezradność-bez nadzieję najwyższe wyniki uzyskiwali kolejno chorzy z nowotworem: płuca, jelita grubego, piersi i prostaty. Pacjentów

z rakiem płuca i jelita grubego charakteryzował więc pasywny styl przystosowania do choroby, odznaczający się najczęściej rezygnacją, utratą nadziei, traktowaniem choroby jako niesprawiedliwej kary, ale równie często przejawiający się poprzez wypieranie, tłumienie emocji czy zewnętrzne umiejscowienie kontroli (wiara w uzdrowienie dzięki lekarzom czy sile wyższej). Analizując strategię ducha walki, badanie własne wskazało najwyższe średnie dla pacjentów z nowotworem piersi (23,43) i jelita grubego (23,42).

W badaniu stwierdzono również nieznaczący wpływ zmiennych socjo-ekonomicznych na przystosowanie do życia z chorobą wśród pacjentów z nowotworem jelita grubego. Wyniki uzyskiwane w niektórych wymiarach różnicowane były przez status zawodowy badanych, ale również przez miejsce ich zamieszkania. Osoby pracujące oraz nieaktywne zawodowo otrzymały zbliżone wyniki i jedynie w przypadku pozytywnego przewartościowania test wykazał różnicę istotną statystycznie: średnia dla osób nieaktywnych zawodowo wyniosła 22,74; z kolei dla osób pracujących – 21,76. Wielkość miejscowości zamieszkania (liczba mieszkańców) różnicowała wymiary zaabsorbowania lękowego oraz pozytywnego przewartościowania, choć nie sposób dostrzec w ich układzie jakiejś reguły bądź tendencji. W wymiarach ducha walki oraz bezzadność/bezradność/bezradziejność wyniki pomiędzy poszczególnymi grupami chorych, wyróżnionymi ze względu na wielkość miejscowości zamieszkania (liczba mieszkańców) różniły się nieznacznie, a różnice nie były istotne statystycznie.

Znając zróżnicowanie czynników (lokalizacja pierwotnej zmiany nowotworowej, wybrane zmienne socjo-ekonomiczne) przyczyniających się do obrania przez pacjentów wybranej strategii przystosowania do choroby nowotworowej, **zaplanować można konkretne działania psychoterapeutyczne dla grupy pacjentów szczególnie zagrożonych brakiem przystosowania do życia z chorobą onkologiczną, które mogłyby być uzupełnieniem standardowego procesu leczenia.** Modele budowania konstruktywnych strategii przystosowania do choroby powinny stanowić ważny element edukacji zarówno psychologów i lekarzy, jak i samych pacjentów. Uzyskane wyniki w badaniu własnym mogą być zachętą do prowadzenia szerszych badań w analizowanym obszarze, w tym wśród pacjentów cierpiących na inne choroby przewlekłe.

Niektórzy badacze zwracają uwagę na związek pomiędzy poziomem akceptacji choroby a przyjętą strategią przystosowania psychicznego (Kozak G, 2012). Dlatego też w dalszych badaniach podjęto próbę **oceny akceptacji choroby** wśród badanych grup pacjentów z nowotworem piersi, prostaty, płuca i jelita grubego. Wyniki badań przedstawiono i omówiono w pracy:

Religioni U., Czerw A., Deptala A., ACCEPTANCE OF CANCER IN PATIENTS DIAGNOSED WITH LUNG, BREAST, COLORECTAL AND PROSTATE CARCINOMA. Iran J Public Health 2015; 44(8), p.1135-1142. (IF ISI 0,498, MNiSW 15)

Istotnym problemem pacjentów cierpiących na nowotwory jest umiejętność zaakceptowania choroby, a co za tym idzie – akceptacja bólu, cierpienia i dyskomfortu życia, jakie się z nią wiążą. Choroba nowotworowa obejmuje bowiem wiele aspektów funkcjonowania, zarówno sferę fizyczną, psychiczną, jak i socjalną czy duchową.

Akceptacja choroby odbywa się jednocześnie w dwóch wymiarach: emocjonalnym oraz poznawczo-behawioralnym. Chorzy uczą się akceptować nie tylko same dolegliwości, ale również wynikające z nich zmiany w jakości życia, zmniejszenie samodzielności i niezależności, a przez to zmianę roli swojej osoby w rodzinie i w społeczeństwie.

Badania wskazują, iż niska akceptacja choroby związana jest silnie z negatywnymi postawami wobec choroby, co w konsekwencji wpływa na pogłębienie objawów i szybszy postęp choroby (Felton BJ, Revenson TA, 1984; Vandervoort D, Luis P, Hamilton S, 1997). T. Harrison i wsp. podkreślają również, iż większa akceptacja choroby wpływa na lepsze kontrolowanie występujących objawów czy zwiększenie motywacji do podjęcia działań w kierunku poprawy swojego samopoczucia (Harrison T, Stuijbergen A, Adachi E i inn., 2004). Do podobnych wniosków doszedł A.K. Stuijbergen i wsp. (Stuijbergen AK, Seraphine A, Roberts G, 2000) czy L.G. Martin (Martin LG, 2012), badając wpływ akceptacji choroby na efekty terapeutyczne.

Celem podjętych badań była ocena stopnia akceptacji choroby wśród pacjentów z najczęściej występującymi nowotworami w Polsce. W badaniu wykorzystano Skalę Akceptacji Choroby (AIS).

Badanie wykazało istotną statystycznie zależność pomiędzy lokalizacją zmiany pierwotnej nowotworu a akceptacją choroby. Najwyższy średni wynik testu uzyskali chorzy na raka prostaty. Również wysoki wynik, powyżej średniej dla całego badania (średnia dla badania wynosiła 27,33) odnotowano dla chorych na raka piersi oraz na raka jelita grubego. Znacznie niższy wynik uzyskali pacjenci ze zdiagnozowanym nowotworem płuca.

Głównym czynnikiem socjo-ekonomicznym, różnicującym wyniki testu AIS był dochód netto na członka gospodarstwa domowego. We wszystkich grupach pacjentów stwierdzono istnienie liniowej zależności pomiędzy wzrostem dochodu a wynikiem testu AIS, choć w przypadku chorych z nowotworem płuca, różnice okazały się nieistotne statystycznie.

U badanych z rakiem prostaty, ważnym czynnikiem różnicującym pod względem akceptacji choroby było wykształcenie ($p=0,08$). Najwyższy średni wynik testu AIS uzyskały osoby z wykształceniem średnim (32,35) i wyższym (31,06), a nieco niższy wynik odnotowano dla pacjentów z wykształceniem zawodowym (28,72). Wykształcenie można więc uznać za ważny czynnik w różnicowaniu stopnia akceptacji choroby nowotworowej.

Wyniki uzyskiwane w ramach testu AIS różnicowane były również przez fakt otrzymywania przez pacjenta w ciągu ostatniego roku poprzedzającego badanie leczenia chemioterapeutycznego. Większe nasilenie negatywnych reakcji i emocji związanych z aktualną chorobą występowało u osób, które poddały się chemioterapii. Różnica wyników okazała się istotna statystycznie ($p=0,000$). Można więc wysnuć wniosek, iż chemioterapia negatywnie wpływa na akceptację choroby nowotworowej, tak więc ta grupa pacjentów powinna zostać objęta szczególnym wsparciem psychoonkologicznym w obszarze konstruowania strategii akceptacji choroby.

Porównując uzyskane w badaniu własnym wyniki do wyników badań innych autorów z zastosowaniem skali akceptacji choroby (AIS) u pacjentów z innymi nowotworami stwierdzono, iż uzyskana średnia dla wszystkich wymiarów w badanych grupach pacjentów była wysoka. Przykładowo G. Wiraszka i B. Lelonek wskazują, iż średni wynik uzyskany w grupie pacjentów z nowotworem hematologicznym wyniósł 23,27 (Wiraszka G, Lelonek B, 2008). Chorzy na białaczkę najniżej oceniali ograniczenia wynikające z choroby, które są trudne do zaakceptowania (średnia 2,74), wymagają pomocy innych osób (średnia 2,41) oraz uniemożliwiają wykonywanie ulubionych czynności (średnia 2,44). Na trudności w przystosowaniu się do ograniczeń wynikających z choroby wskazuje również H. Rolka i wsp. (Rolka H, Krajewska-Kułak E, Kułak W i inn., 2009). Dodatkowo, analizując różnice w poziomie akceptacji choroby między grupą kobiet a mężczyzn wśród osób cierpiących na migrenę, podobnie jak w badaniu własnym, nie stwierdzono istotnych zależności w wynikach testu AIS pomiędzy kobietami a mężczyznami.

Dokonując charakteryzacji czynników (lokalizacja pierwotnej zmiany nowotworowej, wybrane zmienne socjo-ekonomiczne) wpływających na akceptację choroby onkologicznej, wyróżnić można grupy chorych wymagających wsparcia psychoonkologicznego w obszarze życia z chorobą nowotworową i jej akceptacji. Działania takie powinny stanowić element uzupełniający klasyczny model terapeutyczny.

Kolejna praca cyklu habilitacyjnego stanowi publikację wyników badania w kontekście strategii radzenia sobie z bólem w chorobie nowotworowej wśród pacjentów z najczęściej występującymi nowotworami w Polsce.

Religioni U., Czerw A., Deptała A., STRATEGIES OF COPING WITH PAIN IN CANCER ON THE BASIS OF LUNG, BREAST, COLORECTAL AND PROSTATE CARCINOMA. J Canc Educ 2016, DOI: 10.1007/s13187-016-1040-3. (IF ISI 1,368, MNiSW 20)

Ból przewlekły, występujący powszechnie u pacjentów z chorobami nowotworowymi, definiowany jest jako ból utrzymujący się powyżej trzech miesięcy, pomimo braku bodźców go wywołujących lub po ustaniu ich działania (Thomas E, Weiss S, 2000). Bodziec bólowy uruchamia w mózgu szereg procesów, które skutkują indywidualną reakcją na ból, będącą połączeniem składowej sensorycznej i emocjonalnej.

Uważa się, że podstawową przyczyną różnic w zakresie radzenia sobie z chorobą, w tym z chorobą nowotworową, są strategie wykorzystywane przez pacjentów w radzeniu sobie z pojawiającymi się dolegliwościami (Verra ML, Angst F, Lehmann S i inn., 2006). Strategie radzenia sobie z bólem to indywidualne sposoby wybrane przez pacjentów, mające na celu zwiększenie tolerancji, minimalizowanie lub redukcję odczuwanego bólu. Wybór sposobu radzenia sobie z chorobą wpływa w wysokim stopniu na jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia – HRQL (Marcinkowska-Bachlińska M, Małecka-Panas E, 2006).

Na rodzaj stosowanej strategii walki z bólem duży wpływ mają indywidualne przekonania chorych. Badania A. Asqhari i M. Nicholasa (Asqhari A, Nicholas M, 2001) wskazują, że większe poczucie własnej skuteczności pacjenta istotnie wpływa na podjęcie aktywnych zachowań mających na celu walkę z bólem. W literaturze zwraca się również uwagę na fakt, że chorzy, którzy stosują bierne strategie radzenia sobie z chorobą, odczuwają ból znacznie silniej, niż osoby stosujące strategie aktywne (Koleck M, Mazaux JM, Rascle N i inn., 2006; Samwel HJ, Evers AW, Crul BJ i inn., 2006). T. Jackson i wsp. zwrócili uwagę, iż przyjęcie przez pacjentów strategii bezradności ma istotny wpływ na odczucie bólu i wzrost przypadków depresji (Jackson T, Pope L, Nagasaka T i inn., 2005).

Główny cel badawczy stanowiła weryfikacja zależności pomiędzy lokalizacją pierwotnej zmiany nowotworowej i czynnikami socjo-ekonomicznymi a **strategiami radzenia sobie z bólem** wśród chorych cierpiących na nowotwory piersi, płuca, jelita grubego i prostaty. W badaniu wykorzystano Kwestionariusz Strategii Radzenia Sobie z Bólem (CSQ).

W sześciu na siedem wymiarów testu CSQ najwyższe wyniki uzyskali badani cierpiący na raka jelita grubego. Dla tej grupy chorych odnotowano wyższe średnie w wymiarach: deklarowanie radzenia sobie (21,86), zwiększona aktywność behawioralna (21,42), modlenie się/pokładanie nadziei (20,28) oraz odwracanie uwagi (19,83), niższe z kolei w ramach wymiarów: ignorowanie doznań (17,00), przewartościowanie doznań bólu (13,07) oraz katastrofizowanie (10,04). Najniższe wyniki w ramach wszystkich wymiarów uzyskali badani, u których obszarem zmiany pierwotnej była prostata.

Analiza cech socjo-ekonomicznych wyróżniła dwie główne zmienne mające wpływ na strategie radzenia sobie z bólem nowotworowym: dochody oraz wykształcenie, choć wpływ tych czynników różnił się w zależności od lokalizacji pierwotnej zmiany nowotworowej. Otrzymane wyniki potwierdzają również inni autorzy (Orzechowska A, Florkowski A, Gruszczyński W i inn., 2009). Wyższe wykształcenie wiązało się z aktywnym podejściem do radzenia sobie z bólem. Pacjenci z wyższym wykształceniem uzyskali najniższą średnią dla wymiaru modlenie się/pokładanie nadziei. Płeć respondentów miała znaczenie wyłącznie w przypadku osób, u których obszarem zmiany pierwotnej było jelito grube. Podobnie jak w badaniach A. Unruh i wsp. (Unruh A, Ritchie J, Merskey H, 1999) wykazano, iż kobiety uzyskiwały wyższe wyniki w wymiarze zwiększonej aktywności behawioralnej.

Wyróżnienie ze względu na lokalizację pierwotnej zmiany nowotworowej i zmienne socjo-ekonomiczne grup chorych wymagających szczególnego wsparcia psychoonkologicznego w obszarze budowania aktywnych strategii radzenia sobie z bólem nowotworowym stanowić może istotny obszar edukacji psychologów pracujących z pacjentem chorym onkologicznie, jak również całego personelu medycznego opiekującego się chorym. Działania takie mogą przyczynić się do zwiększenia uzyskiwanych efektów terapeutycznych wśród pacjentów z najczęstszymi nowotworami w Polsce.

Problem **kontroli bólu nowotworowego** stanowił kolejny etap badawczy. Wyniki badań przedstawiono i omówiono w pracy:

Czerw A., Religioni U., Deptała A., Fronczak A., APPLICATION OF THE BPCQ QUESTIONNAIRE TO ASSES PAIN MANAGEMENT IN SELECTED TYPES OF CANCER. Ann Agric Environ Med 2016; 23(4), p.533-538, DOI: 10.5604/12321966.1220212. (IF ISI 0,895, MNiSW 20)

Szacuje się, że ból w chorobie nowotworowej odczuwany jest przez ponad połowę pacjentów (Nersesyan H, Slavin KV, 2007), a w fazie terminalnej odsetek ten sięga 80-90% chorych (Pharo GH, Zhou L, 2005). Choroba nowotworowa i związany z nią ból nie dotyczy jedynie samych pacjentów, ale również ich rodzin. Z tego względu kontrola bólu może nie tylko zwiększyć jakość życia chorych, ale również ich najbliższych, łagodząc m. in. uczucie bezradności wobec zaistniałej choroby.

Warto również zwrócić uwagę, iż istotne znaczenie w intensywności odczuwania bólu, w tym bólu nowotworowego, odgrywają czynniki psychologiczne, takie jak kierowanie uwagi na doznanie bólu, postawy wobec bólu i choroby, oczekiwania, np. co do długości trwania leczenia (Petrie KJ, Jago LA, Devcich DA, 2007), umiejętność radzenia sobie z emocjami czy zachowanie w sytuacji doznania bólu (Linton SJ, Shaw WS, 2011).

W pracy podjęto próbę wyróżnienia grup pacjentów ze względu na rodzaj nowotworu (piersć, jelito grube, płuco, prostata) oraz cechy socjo-ekonomiczne (płeć, wiek, wykształcenie, aktywność zawodowa, dochód netto na członka gospodarstwa domowego oraz wielkość aglomeracji (liczba mieszkańców w miejscu zamieszkania), którzy wymagają szczególnej opieki i wsparcia psychologicznego w kontroli bólu nowotworowego. W badaniu wykorzystano Kwestionariusz Przekonań na Temat Kontroli Bólu (BPCQ).

Wyniki wskazują, iż biorąc pod uwagę umiejscowienie kontroli bólu pacjenci przypisywali najwyższą wartość wpływowi lekarzy (średnia 16,60), a najniższą przypadkowym zdarzeniom (średnia 15,82). Czynniki wewnętrzne uzyskały wynik 16,24. Stwierdzono, że największy wpływ czynnikom wewnętrznym przypisywali chorzy na raka jelita grubego (średnia 17,36). Był to równocześnie jedyny wynik przewyższający średnią dla całej próby, która wyniosła 16,24. Nieco niższy od średniej

wynik uzyskali chorzy na raka piersi (16,11). Najniższe wyniki zostały odnotowane u pacjentów cierpiących na nowotwór prostaty (15,82) i płuca (15,64).

Dla poszczególnych grup pacjentów wyróżnionych ze względu na lokalizację pierwotnej zmiany nowotworowej stwierdzono liczne istotne statystycznie zależności między wymiarami przypisywania wpływu lekarzom i przypadkowym zdarzeniom na kontrolę bólu a zmiennymi socjo-ekonomicznymi. Zmienne te były różne w zależności od obszaru występowania zmiany pierwotnej.

Wymiary przypisywania wpływu lekarzom i przypadkowym zdarzeniom na kontrolę bólu nowotworowego były ze sobą silnie skorelowane. Grupy pacjentów, które uzyskiwały wyższy wynik w jednym z tych wymiarów, osiągały wyższy wynik również w drugim wymiarze. Głównymi zmiennymi socjo-ekonomicznymi, różnicującymi przypisywanie wpływu poszczególnym wymiarom na stopień kontroli bólu były wykształcenie oraz dochody netto na członka gospodarstwa domowego. Osoby z wyższym wykształceniem oraz o wyższych dochodach przypisywały mniejszy wpływ obydwu omawianym wymiarom.

Dla badanych z rakiem piersi wykazano istotne statystycznie zależności pomiędzy wykształceniem i statusem zawodowym a wymiarami kontroli bólu nowotworowego. Przypisywanie wpływu lekarzom wyraźnie malało wraz ze wzrostem wykształcenia. Dodatkowo, panie będące nieaktywne zawodowo przypisywały lekarzom większą sprawczość w zakresie ich stanu zdrowia niż pacjentki pracujące.

Podobne wyniki odnotowano dla pacjentów z rakiem płuca. Wykształcenie chorych, u których stwierdzono nowotwór płuca, różnicowało wyniki uzyskiwane w wymiarach przypisywania wpływu czynnikom wewnętrznym oraz przypadkowym zdarzeniom. W wymiarze przypisywania wpływu czynnikom wewnętrznym zaobserwowano znaczącą różnicę między wynikami uzyskiwanymi przez osoby z wykształceniem zawodowym (17,07) a średnim i wyższym, kolejno 14,21 i 15,14. W wymiarze przypisywania wpływu przypadkowym zdarzeniom, zbliżone wyniki uzyskali pacjenci z wykształceniem zawodowym (16,41) oraz wyższym (16,16), a najniższą średnią uzyskała grupa badanych, którzy posiadali średnie wykształcenie (15,15). Większy wpływ na ból przypadkowym zdarzeniom przypisywali badani, którzy byli nieaktywni zawodowo (średnia 16,29), mniejszy z kolei osoby pracujące (15,03).

Najwięcej różnic w lokalizacji kontroli bólu nowotworowego stwierdzono w ramach grupy chorych na raka jelita grubego. Zmienne socjo-ekonomiczne różnicujące wyniki to: płeć, wykształcenie, dochody netto na członka gospodarstwa domowego oraz status zawodowy. We wszystkich wymiarach testu BPCQ mężczyźni cierpiący na raka jelita grubego uzyskiwali nieco wyższe wyniki niż kobiety, jednak jedynie w przypadku przypisywania wpływu lekarzom na kontrolę bólu, różnice okazały się istotne statystycznie ($p=0,027$). Średnia testu dla mężczyzn wyniosła 16,84, a dla kobiet 15,53. Największy wpływ lekarzy na kontrolę bólu deklarowali chorzy z wykształceniem podstawowym, najmniejszy z kolei ci z wyższym – 14,74. Średnie uzyskane w poszczególnych wymiarach testu malały również wraz ze wzrostem dochodów badanych. W wymiarze przypisywania

wpływu lekarzom, średni wynik kształtował się od 17,44 u badanych z dochodami od 300 do 600 zł netto na członka gospodarstwa domowego przez kolejno 16,76 i 15,96 u badanych z dochodami od 601 do 900 zł i od 901 do 1200 zł, aż do jedynie 14,27 wśród pacjentów z najwyższymi dochodami. W wymiarze przypisywania wpływu przypadkowym zdarzeniom odnotowano różnicę między dwiema grupami o najniższych dochodach, gdzie średnie wyniosły kolejno: 16,81 i 16,68, a pozostałymi dwiema ze średnimi kolejno 14,96 i 13,91. W wymiarze wpływu lekarzy pacjenci nieaktywni zawodowo uzyskali średni wynik 17,21, z kolei osoby pracujące jedynie 14,94. Również w wymiarze przypisywania wpływu przypadkowym zdarzeniom na kontrolę bólu nowotworowego wyższą średnią uzyskały osoby nieaktywne zawodowo – 16,78 w porównaniu z wynikiem 14,06 u osób pracujących.

Wśród pacjentów, u których obszarem zmiany pierwotnej była prostata, zróżnicowanie wyników testu BPCQ przez cechy socjo-ekonomiczne praktycznie nie występowało.

Dokonując charakterystyki grup pacjentów z najczęściej występującymi w Polsce chorobami onkologicznymi można wyróżnić grupy chorych potrzebujących wsparcia w zakresie kontroli bólu nowotworowego. Objęcie dodatkową opieką tych pacjentów może przyczynić się do wyboru aktywnego podejścia do kontroli bólu, co zgodnie z badaniami może przełożyć się na jakość życia oraz uzyskiwane efekty głównej linii terapeutycznej.

4.2.3. Omówienie i znaczenie uzyskanych wyników badań w świetle badań innych autorów

Przeprowadzone badania dotyczą grup chorych z najczęściej występującymi w Polsce chorobami nowotworowymi, zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn. Choroby te stanowią również najczęstsze przyczyny zgonów z powodu chorób nowotworowych. Mając na uwadze dane epidemiologiczne, mówiące o wzroście zachorowalności na nowotwory w ciągu najbliższych dekad, podjęcie tematyki badawczej mającej na celu określenie działań w pracy terapeutycznej z pacjentami mogących zwiększyć uzyskiwane efekty terapeutyczne i podnieść jakość życia w chorobie nowotworowej, wydaje się być uzasadnione.

Kilkuetapowymi badaniami objęto grupę 976 pacjentów z rakiem piersi, jelita grubego, płuca i prostaty w obszarze akceptacji choroby nowotworowej, przystosowania psychicznego do życia z chorobą, strategii zarządzania bólem i mechanizmów kontroli bólu nowotworowego. Badania prowadzone na świecie w tych obszarach jednoznacznie wskazują, iż odpowiednie podejście pacjenta do choroby zwiększa efekty terapeutyczne (Alvarado-Aguilar S, Guerra-Cruz HG, Cupil-Rodríguez AL i inn., 2011). Strategie radzenia sobie w chorobie, akceptacja choroby i przystosowanie do życia z nią to koncepcje, które w istotny sposób wpływają na proces leczenia w wielu chorobach onkologicznych. W literaturze znaleźć można również doniesienia, iż na poziom akceptacji choroby, przystosowania do niej i strategii radzenia sobie z bólem w chorobie duży wpływ mają zmienne socjo-ekonomiczne, takie jak: płeć, wiek, poziom wykształcenia, aktywność zawodowa, miejsce zamieszkania czy dochody (Lechner SC, Zakowski SG, Antoni MH i inn., 2003).

Mając na uwadze powyższe w badaniach własnych podjęto próbę identyfikacji, ze względu na zmienne socjo-ekonomiczne, grup pacjentów chorych na najczęstsze nowotwory w Polsce, wymagających szczególnego wsparcia psychoonkologicznego w obszarze akceptacji choroby i przystosowania do życia z nią. Stworzono również praktyczne rekomendacje dotyczące konieczności objęcia dodatkowym wsparciem psychoonkologicznym chorych w różnych rodzajach nowotworów z uwzględnieniem zmiennych socjo-ekonomicznych.

Wyniki przeprowadzonych badań mogą zostać wykorzystane jako ważny element edukacyjny dla psychologów, szczególnie tych, którzy pracują z pacjentami chorymi onkologicznie, lekarzy, jak również dla samych pacjentów, podnosząc jakość ich życia w chorobie oraz zwiększając uzyskiwane efekty terapeutyczne.

W badaniu kobiet z **rakiem piersi** wskazano, iż największe znaczenie wśród czynników socjo-ekonomicznych w wyborze strategii radzenia sobie z chorobą mają wykształcenie oraz dochody chorych. Na zależność między obraną strategią a wykształceniem wskazują również inni autorzy (Andruszkiewicz A, Wróbel B, Marzec A i inn., 2008). Modlenie się i katastrofizowanie to strategie najczęściej wybierane przez pacjentki z wykształceniem podstawowym i zawodowym w najniższych grupach dochodowych. Strategie te uznawane są przez wielu badaczy za wpływające na pogorszenie ogólnego stanu zdrowia i większe uczucie lęku (McCracken L, Eccleston Ch, 2006; Merlijn VP, Hunfeld JA, van der Wouden JC, 2006). Pacjentki te wymagają więc szczególnej opieki psychoonkologicznej w obszarze kreowania pozytywnych strategii radzenia sobie z chorobą onkologiczną.

Dla chorych z rakiem piersi odnotowano stosunkowo wysoki poziom akceptacji choroby (średnia 28,45) w porównaniu z innymi grupami pacjentów. Do podobnych wniosków doszedł Z. Juczyński (Juczyński Z, 2009), który prowadząc badania wśród różnych grup chorych wykazał, że kobiety z rakiem piersi i macicy charakteryzują się znacznie wyższym poziomem akceptacji choroby (średnia 28,13) w porównaniu z chorymi na cukrzycę (24,81), mężczyznami po zawale mięśnia sercowego (22,14), mężczyznami z przewlekłym bólem (18,46), czy kobietami z rozpoznaniem migreny (24,23). Niższy wynik uzyskali również B. J. Felton i wsp., badając osoby chore przewlekle (28,08) (Felton BJ, Revenson TA, Hinrichsen GA, 1984), czy G. Wiraszka i B. Lelonek, badając pacjentów z białaczką (Wiraszka G, Lelonek B, 2008). Wielu autorów wskazuje, iż wyższa akceptacja choroby wpływa na zwiększenie motywacji do walki czy lepsze kontrolowanie stanu zdrowia (Harrison T, Stuijbergen A, Adachi E i inn., 2004; Stuijbergen AK, Seraphine A, Roberts G, 2000; Martin LG, 2012). W badaniu własnym pacjentki z rakiem piersi wykazały aktywny styl zmagania się z chorobą, co stanowi istotny element wpływający na dłuższe przeżycie czy lepszą jakość życia (Bussel V, Naus M, 2010).

W obszarze przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej badana grupa chorych uzyskała najwyższy wynik w teście MiniMAC w wymiarze pozytywnego przewartościowania (średnia 22,05) a najniższy w wymiarze bezradność-beznadziejność (11,89). Dość niski wynik

uzyskany został również w wymiarze zaabsorbowanie lękowe (15,91), choć w badaniu Z. Juczyńskiego wynik ten dla pacjentek z nowotworem sutka wyniósł 20,10 (Juczyński Z, 2009). Wykazano również, iż średni wynik konstruktywnego stylu radzenia sobie z chorobą dla pacjentek z rakiem piersi wyniósł 45,48, a destrukcyjnego 27,80. Wyniki otrzymane w badaniu własnym potwierdza również G. Kozak, analizując grupę kobiet z nowotworami narządów rodnych. Badana grupa uzyskała najwyższe wyniki dla strategii ducha walki (23,95), w porównaniu z pacjentami chorymi na raka żołądka, trzustki, jelita grubego czy prostaty, najniższe zaś w obszarze bezradność-beznadziejność (Kozak G, 2012). Na przewagę konstruktywnego stylu radzenia sobie z chorobą przez kobiety cierpiące z powodu nowotworów złośliwych piersi wskazują również J. Szczepańska-Gieracha i wsp. (Szczepańska-Gieracha J, Malicka I, Rymaszewska J i inn., 2010). Malicka I. i wsp. zwracają uwagę na wpływ aktywności fizycznej na postawy wobec choroby. Badając grupę kobiet po leczeniu raka piersi wywnioskowali, iż pacjentki, które biorą udział w co najmniej 5 rodzajach aktywności tygodniowo, posiadają wyższe wartości w obrębie cechy „duch walki”. Szczególnie istotną rolę w tym aspekcie odgrywały wycieczki oraz taniec, które wpłynęły również na wyższe wartości testu Mini-Mac w obszarach pozytywne przewartościowanie oraz styl konstruktywny (Malicka I, Szczepańska-Gieracha J, Jankowska E i inn., 2011). Tego rodzaju zależności potwierdzili również inni badacze, m. in. P. Lueboonthavatchai (Lueboonthavatchai P, 2007) czy B. Pinto i wsp. (Pinto B, Trunzo J, Reiss P i inn., 2002). Wiele badań wskazuje także, iż przyjęte strategie przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej różnią się w zależności od upływu czasu od postawienia diagnozy i etapu leczenia (Kozak G, 2012; Taylor S, 1984; Sears SR, Stanton AL, Danoff-Burg S, 2003). Przykładowo, w badaniu I. Malickiej i wsp. wśród pacjentek, u których zdiagnozowano nowotwór piersi lub nowotwór narządów rodnych (przed zastosowaniem leczenia), średnia wartość dla strategii ducha walki wyniosła 24,1, a średnia dla pacjentek po leczeniu wyniosła 11,1. Podobnie, strategia pozytywnego przewartościowania, w miarę upływu czasu od postawienia diagnozy, przyjmowała coraz niższe wartości. Strategie bezradności i zaabsorbowania lękowego, niezależnie od upływu czasu po leczeniu, pozostawały na tym samym poziomie (Malicka I, Szczepańska J, Anioł K i inn., 2009).

W zakresie kontroli bólu nowotworowego dla pacjentek z rakiem piersi stwierdzono istnienie statystycznie istotnych różnic w grupach wyróżnionych ze względu na wybrane zmienne socjo-ekonomiczne. Najniższe wyniki stwierdzono dla pacjentek o niskim dochodzie netto na członka gospodarstwa domowego oraz chorych nieaktywnych zawodowo. Pacjentki te wymagają szczególnego wsparcia w obszarze zarządzania bólem nowotworowym.

Porównując wyniki badań własnych wśród pacjentów z **rakiem prostaty** z badaniami innych autorów w tej grupie chorych stwierdzić można, iż pacjenci ci wykazali relatywnie wysoki poziom akceptacji choroby (średnia 30,39). Inni autorzy wskazują, iż średni poziom akceptacji choroby dla pacjentów chorych przewlekłe wynosi 28,08 (Felton BJ, Revenson TA, Hinrichsen GA, 1984), dla chorych na cukrzycę 24,81 (Juczyński Z, 2009), dla pacjentów chorych na białaczkę 23,27

(Wiraszka G, Lelonek B, 2008). W badaniu własnym stwierdzono istnienie zależności pomiędzy poziomem akceptacji choroby a wykształceniem oraz dochodami netto na członka gospodarstwa domowego chorego. Badani o najniższym wykształceniu oraz w najniższych grupach dochodowych uzyskali najniższe wyniki na Skali Akceptacji Choroby. Mając na uwadze, iż większa akceptacja choroby jest jednym z czynników warunkujących lepsze kontrolowanie występujących objawów, czy zwiększenie motywacji do podjęcia działań w kierunku poprawy swojego samopoczucia (Harrison T, Stuifbergen A, Adachi E i inn., 2004; Stuifbergen A, Seraphine A, Roberts G, 2000), pacjenci w wyróżnionych grupach ze względu na wykształcenie i dochód powinni zostać objęci wsparciem terapeutycznym dotyczącym akceptacji choroby nowotworowej.

Na lepszą jakość życia, jak również dłuższe przeżycie czy występowanie łagodniejszych objawów w dużym stopniu wpływa aktywne zmaganie się z chorobą (Hanneke WM, van Laarhoven MA, Schilderman J i inn., 2011). Badana grupa pacjentów z rakiem prostaty uzyskała znacznie wyższy wynik w wymiarze konstruktywnego zmagania się z chorobą niż w obszarze biernego stylu radzenia sobie. Choć badania Z. Juczyńskiego prowadzone wśród pacjentów z rakiem prostaty wskazują na wysoki stopień zaabsorbowania lękowego (średnia 22,10), badania własne nie potwierdziły tego wyniku (średnia w badaniu własnym wyniosła 14,01). Aktywne zmaganie się z chorobą przez pacjentów nastawione jest zarówno na walkę, jak i na poszukiwanie emocjonalnego i instrumentalnego wsparcia (Bussel V, Naus M, 2010). Przyjęta strategia w silny sposób może być związana z poziomem akceptacji choroby, co podkreśla G. Kozak, badając m. in. pacjentów cierpiących na nowotwór prostaty (Kozak G, 2012). G. Kozak wskazuje, że im większy poziom akceptacji choroby, tym większe znaczenie ma strategia ducha walki i tym niższy jest poziom zaabsorbowania lękowego, bezradności i beznadziejności.

Badając pacjentów chorych na **raka płuca** wykazano, iż największą rolę w kontroli bólu nowotworowego pacjenci ci przypisywali wpływowi lekarzy (średnia 16,79). Stwierdzono również, że dla pacjentów z nowotworami płuca najmniejsze znaczenie w kontrolowaniu bólu odgrywały czynniki wewnętrzne. Sytuacja ta może wiązać się z dużym odczuwaniem lęku i bezradności w tej grupie chorych (Juczyński Z, 1997). Podjęte przez pacjentów strategie radzenia sobie z bólem charakteryzuje złożoność mechanizmów i zależność od indywidualnych czynników psychologicznych (McCracken L, Eccleston Ch, 2006; Kazalska D, 2006; Asghari A, Nicholas MK, 2001).

W badaniu własnym, w kwestionariuszu CSQ, oceniającym strategie radzenia sobie z bólem, najwyższą wartość dla pacjentów cierpiących na raka płuca otrzymał wymiar deklarowania radzenia sobie (średnia 19,64). Dość wysoko ocenione zostały również wymiary zwiększonej aktywności behawioralnej (18,94), modlenia się/pokładania nadziei (18,87) czy odwracania uwagi (18,66). Inne badania, obejmujące grupy pacjentów chorych przewlekłe potwierdzają wysoką wartość wymiaru modlenia się/pokładania nadziei (Rosenstiel AK, Keefe FJ, 1983) i najniższą, podobnie jak w badaniu własnym, dla przewartościowania doznań bólu. W badaniu własnym stwierdzono także, że na wybór

strategii radzenia sobie z bólem znacząco wpływa wykształcenie pacjentów, co potwierdzają również wyniki innych badaczy (Orzechowska A, Florkowski A, Gruszczyński W i inn., 2009).

Średni poziom akceptacji choroby w skali AIS dla chorych z rakiem płuca wyniósł 23,17. Badania Z. Juczyńskiego wskazują, iż wyższy wynik charakteryzuje diabetyków, mężczyzn dializowanych, kobiety ze stwardnieniem rozsianym, kobiety z rozpoznaniem migreny, czy kobiety z rakiem piersi i macicy (Juczyński Z, 2009), a także chorych na inne choroby przewlekłe, co potwierdzają badania innych autorów (Janowski K, Kurpas D, Kusz J i inn., 2013). Literatura wskazuje, iż niski poziom akceptacji choroby może wpływać na pogorszenie stanu zdrowia i szybszy postęp choroby (Felton BJ, Revenson TA, 1984; Vandervoort D, Luis P, Hamilton S, 1997). Wyższa akceptacja choroby zwiększa natomiast motywację pacjentów do podjęcia działań w kierunku poprawy samopoczucia (Stuifbergen AK, Seraphine A, Roberts G, 2000; Martin LG, 2012). Pozytywne efekty przynosi również aktywne zmaganie się z chorobą (Bussel V, Naus M, 2010). Średnia wartość dla tego obszaru wśród badanej grupy pacjentów z rakiem płuca wyniosła 43,31. Badania Z. Juczyńskiego wskazują wyższy poziom aktywnego radzenia sobie z chorobą dla pacjentów z innymi rodzajami nowotworów (Juczyński Z, 2009).

Mając na uwadze powyższe, pacjenci z rakiem płuca stanowią szczególną grupę chorych wymagającą intensywnych działań w zakresie budowania mechanizmów akceptacji choroby nowotworowej.

W badaniach własnych wśród pacjentów z **rakiem jelita grubego** wskazano, iż chorzy największą rolę w kontroli bólu nowotworowego przypisywali czynnikom wewnętrznym (średnia 17,36), a najmniejszą przypadkowym zdarzeniom (średnia 15,72). Podobne wyniki otrzymano w badaniu prowadzonym wśród osób z bólami kręgosłupa (Juczyński Z, 2009). Najniższe wyniki w obszarze kontroli bólu nowotworowego odnotowano dla kobiet o najniższym wykształceniu i w najniższych grupach dochodowych.

W zakresie strategii radzenia sobie z bólem charakteryzowanych przez test CSQ, pacjenci cierpiący na nowotwór jelita grubego najwyżej ocenili wymiary deklarowania radzenia sobie i zwiększonej aktywności behawioralnej. Wymiar aktywności behawioralnej różnicowany był dodatkowo przez płeć badanych (wyższe wyniki uzyskały kobiety), co potwierdzają m.in. badania A. Unruh i wsp. (Unruh A, Ritchie J, Merskey H, 1999). H. Rolka wskazuje dodatkowo, iż wśród osób z innymi chorobami przewlekłymi, czynnikiem różnicującym obroną strategię radzenia sobie z bólem jest również wiek. Z bólem najlepiej radzą sobie kobiety w wieku 31-40 lat oraz mężczyźni w wieku do 30 i powyżej 50 lat (Rolka H, Krajewska-Kułak E, Kułak W i inn., 2009).

Średni poziom akceptacji choroby mierzony za pomocą testu AIS wśród chorych na raka jelita grubego w badaniu własnym wyniósł 27,74 i w porównaniu z innymi grupami pacjentów był on relatywnie wysoki. Niższe wyniki uzyskali m.in. chorzy na cukrzycę (średnia 24,81), mężczyźni dializowani (25,32), mężczyźni po zawale mięśnia sercowego (22,14), kobiety ze stwardnieniem rozsianym (24,59), mężczyźni z przewlekłym bólem (18,46) (Juczyński Z, 2009), czy pacjenci chorzy

na białaczkę (Wiraszka G, Lelonek B, 2008). Wyższy wynik odnotowano jedynie dla kobiet z rakiem piersi i szyjki macicy (28,13) (Felton BJ, Revenson TA, Hinrichsen GA, 1984). W badaniu własnym wykazano istotny statystycznie związek pomiędzy poziomem akceptacji choroby wśród pacjentów z nowotworem jelita grubego a dochodem netto na członka gospodarstwa domowego oraz faktem odbywania w ciągu ostatniego roku chemioterapii. Osoby będące w trakcie leczenia chemioterapeutycznego oraz pacjenci o najniższych dochodach otrzymali najniższe wyniki na Skali Akceptacji Choroby. Inne czynniki socjo-ekonomiczne nie różnicowały badanej grupy chorych. Brak zależności akceptacji choroby od płci czy wykształcenia wskazują również H. Rolka i wsp. (Rolka H, Krajewska-Kułak E, Kułak W i inn., 2009) badając chorych na migrenę czy M.A. Basińska i A. Andruszkiewicz (Basińska MB, Andruszkiewicz A, 2012), analizując wyniki testu AIS wśród pacjentów chorych na choroby Gravesa-Basedowa i Hashimoto.

Wśród obszarów wskazujących na przystosowanie psychiczne do choroby, mierzonych za pomocą testu Mini-Mac, pacjenci z nowotworem jelita grubego uzyskali najwyższy wynik w wymiarze ducha walki, najniższy z kolei w wymiarze bezradność-beznadziejność. Niektórzy autorzy wskazują, iż strategia ducha walki przyczynia się do odnajdywania przez pacjentów pozytywnych zmian, jakie choroba wnosi do ich życia (Katz RC, Flasher L, Cacciapaglia H i inn., 2001; Urcuyo KR, Boyers AE, Carver CS i inn., 2005). W.M. Hanneke i wsp. zauważyli również pozytywny wpływ strategii ducha walki na jakość życia pacjentów (Hanneke WM, van Laarhoven MA, Schilderman J i inn., 2011).

Pacjentów z rakiem jelita grubego charakteryzował aktywny styl zmagania się z chorobą (suma wymiarów ducha walki i pozytywnego przewartościowania wynosiła 45,73), co uważane jest za element istotnie wpływający na dłuższe przeżycie, lepszą jakość życia czy występowanie łagodniejszych objawów choroby (Bussel V, Naus M, 2010). Podobne zależności stwierdzono w badaniu G. Kozak (Kozak G, 2012).

4.2.4. Implikacje praktyczne przeprowadzonych badań

Długotrwałe obciążenie psychiczne, wynikające z obecności choroby nowotworowej może stać się przyczyną wystąpienia zaburzeń dezadaptacyjnych, głównie depresji, apatii, stanów lękowych oraz zaburzeń neuropsychiatrycznych – otępienie, zaburzenia zachowania. U niektórych osób, czasem nawet ze znacznym opóźnieniem, może wystąpić zespół stresu pourazowego (De Walden-Gałuszko K, 2012).

Choroba nowotworowa wpływa nie tylko na stan fizyczny, psychiczny i emocjonalny pacjenta, ale także na funkcjonowanie jego rodziny i najbliższego otoczenia. Na różnych etapach (rozpoznanie choroby, podjęcie leczenia, zakończenie leczenia, nawrót choroby, śmierć) następuje kryzys wartości i ról, co pociąga za sobą konieczność dokonania zmian w systemie rodzinnym. Obecność silnych i negatywnych emocji wymaga poszukiwania nowych sposobów radzenia sobie. Sam chory oraz członkowie jego rodziny muszą skonfrontować się z bólem, cierpieniem,

długotrwałym stresem oraz koniecznością podejmowania trudnych decyzji. Aby pomóc choremu oraz innym osobom towarzyszącym mu w procesie leczenia, konieczne wydaje się wsparcie psychologiczne. Działania te są niezbędne do prawidłowego przebiegu procesu leczenia pacjentów chorych na nowotwory.

Strategie radzenia sobie z chorobą, zarządzanie bólem, akceptacja choroby i przystosowanie do życia z chorobą to koncepcje, które w świetle badań w istotny sposób wpływają na efekt terapeutyczny w wielu chorobach przewlekłych, w tym również w chorobach nowotworowych (Koleck M, Mazaux JM, Rascle N i inn., 2006; Samwel HJ, Evers AW, Crul BJ i inn., 2006). Do badania powyższych obszarów stworzonych zostało wiele narzędzi, w tym użyte w badaniach własnych, testy psychometryczne. Niektórzy autorzy wskazują na istotne współzależności pomiędzy powyższymi obszarami (Asghari A, Nicholas MK, 2001). Przykładowo, pacjenci, którzy bardziej akceptują swoją chorobę, lepiej radzą sobie z bólem i stosują bardziej skuteczne strategie radzenia sobie z chorobą (Watson M, Law M, Santos M i inn., 1994). Takie aktywne podejście do choroby w świetle badań może prowadzić do uzyskiwania lepszych efektów terapeutycznych w wielu chorobach, a szczególnie w chorobach nowotworowych (Juczyński Z, 2009).

Badania wskazują, iż aktywne zmaganie się z chorobą nowotworową wpływa zarówno na lepszą jakość życia, jak i dłuższe przeżycie czy występowanie łagodniejszych dolegliwości (Bussel V, Naus M, 2010). **W obszarze przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej szczególną grupę chorych wymagających wsparcia stanowią pacjenci z nowotworem płuca.** Wykazali oni niepokojące wyniki w wymiarach zaabsorbowania lękowego oraz bezradność-bez nadzieję. Pacjentów tych charakteryzował pasywny styl przystosowania do choroby, odznaczający się najczęściej rezygnacją, utratą nadziei, traktowaniem choroby jako niesprawiedliwej kary, ale równie często przejawiający się poprzez wypieranie, tłumienie emocji czy zewnętrzne umiejscowienie kontroli (wiara w uzdrowienie dzięki lekarzom czy sile wyższej).

Akceptacja choroby nowotworowej w dużym stopniu uzależniona jest od odczuwania objawów choroby oraz wewnętrznego umiejscowienia kontroli bólu (Affleck G, Tennen H, Pfeiffer C i inn., 1987). Traktowana jest ona jako emocjonalny wyznacznik sposobu funkcjonowania w chorobie (Ogińska-Bulik N, 2011), powoduje zmniejszenie nasilenia negatywnych emocji związanych z chorobą oraz uznanie wynikających z niej ograniczeń (Dijkstra A, Buunk AP, Tóth G i inn., 2008; Telford K, Kralik D, Koch T, 2006). **Wzmocnienia akceptacji choroby wymagają pacjenci z rakiem płuca niezależnie od zmiennych socjo-ekonomicznych oraz pacjenci o niskich dochodach netto na członka gospodarstwa domowego, niskim wykształceniu i będący w trakcie leczenia chemioterapeutycznego we wszystkich badanych obszarach lokalizacji pierwotnej zmiany nowotworowej (pierś, prostata, płuco, jelito grube).**

Badania A. Asghari i M. Nicholasa wskazują, że większe poczucie własnej skuteczności pacjenta istotnie wpływa na podjęcie aktywnych zachowań mających na celu walkę z chorobą. Pacjenci, którzy stosują bierne strategie radzenia sobie z chorobą, odczuwają ból znacznie silniej niż

osoby stosujące strategie aktywne (Asghari A, Nicholas MK, 2001). T. Jackson i wsp. zwrócili uwagę, iż przyjęcie przez pacjentów strategii bezradności ma istotny wpływ na odczucie bólu i wzrost przypadków depresji (Jackson T, Pope L, Nagasaka T i inn., 2005). **W obszarze wsparcia w tworzeniu strategii radzenia sobie z chorobą szczególną opieką powinni zostać otoczeni pacjenci z nowotworem prostaty i piersi. Są to grupy chorych, dla których odnotowano istotnie statystycznie niższe wyniki niż w przypadku pozostałych grup pacjentów.**

Zgodnie z badaniami, istotne znaczenie w intensywności odczuwania bólu odgrywają czynniki psychologiczne, takie jak kierowanie uwagi na doznanie bólu, postawy wobec bólu i choroby, oczekiwania, np. co do długości trwania leczenia (Petrie KJ, Jago LA, Devcich DA, 2007), umiejętność radzenia sobie z emocjami czy zachowanie w sytuacji doznania bólu (Linton SJ, Shaw WS, 2011). **W powyższym obszarze chorzy na raka jelita grubego, szczególnie kobiety o niskim statusie społeczno-ekonomicznym, wymagają szczególnego wsparcia dotyczącego przekonań związanych z kontrolą bólu nowotworowego. Podobnego wsparcia wymagają pacjentki z rakiem piersi, zwłaszcza panie o niskim statusie materialnym, będące nieaktywne zawodowo.**

4.2.5. Piśmiennictwo w prezentowanym obszarze badawczym

1. Affleck G, Tennen H, Pfeiffer C, Fifield J. Appraisals of control and predictability in adapting to a chronic disease. *J Pers Soc Psychol.* 1987; 53(2): 273-279.
2. Alcalá N, Ozkan S, Kucucuk S, Aslay I, Ozkan M. Association of coping style, cognitive errors and cancer-related variables with depression in woman treated for breast cancer. *Jpn J Clin Oncol.* 2012; 42(10): 940-947.
3. Alvarado-Aguilar S, Guerra-Cruz HG, Cupil-Rodríguez AL, Calderillo-Ruiz G, Oñate-Ocaña LF. Psychosocial adjustment in colorectal cancer patients undergoing chemotherapy or chemoradiotherapy. *Cir Cir.* 2011; 79(5): 439-446.
4. Andruszkiewicz A, Wróbel B, Marzec A, Kocięcka A, Strategie radzenia sobie z bólem u pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi stawu biodrowego. *Probl. Piel.* 2008; 16(3): 237-240.
5. Asghari A, Nicholas MK. Pain self efficacy beliefs and pain behavior. A prospective study. *Pain* 2001; 94(1): 85-100.
6. Badr H, Taylor CL. Effects of relationship maintenance on psychological distress and dyadic adjustment among couples coping with lung cancer. *Health Psychol.* 2008; 27(5): 616-627.
7. Barnaś E, Skręt A, Skręt-Magierło J, Sobolewski M. Quality of life in women with breast cancer. *Przegląd Menopauzalny* 2009; 1: 15-19.
8. Basińska MB, Andruszkiewicz A. Health Locus of Control in Patients with Graves-Basedow Disease and Hashimoto Disease and Their Acceptance of Illness. *Int. J. Endocrinol Metab.* 2012; 10(3): 537-542.
9. Bętkowska-Korpała B, Gierowski JK. Psychologia lekarska w leczeniu chorych somatycznie. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008, s.67.
10. Bloch S, Love A, Macvean M, Duchesne G, Couper J, Kissane D. Psychological adjustment of men with prostate cancer: a review of the literature. *BioPsychoSoc Med.* 2007; 1: 2.
11. Bussel V, Naus M. A longitudinal investigation of coping and posttraumatic growth in breast cancer survivors. *J Psychosoc Oncol.* 2010; 28(1): 61-78.

12. Carver CS, Antoni MH. Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis. *Health Psychol.* 2004; 23(6): 595-598.
13. Compas BE, Luecken L. Psychological adjustment to breast cancer. *Current direction in psychological science* 2002; 11(3): 111-114.
14. Dean C, Surtees P. Do psychological factors predict survival in breast cancer? *J Psychosom Res.* 1989; 33(5): 561-569.
15. Deptała A, Frączek M. Rak piersi. Podstawy diagnostyki i terapii nowotworów, red. M. Frączek. Alfa-Medica Press, Bielsko-Biała 2008, s.158-164.
16. De Walden-Gałuszko K. Psychoonkologia w praktyce klinicznej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012, s.103.
17. Didkowska J, Wojciechowska U, Nowotwory piersi w Polsce i Europie – populacyjny punkt widzenia. *Journal of Oncology* 2013; 63(2): 111-118.
18. Didkowska J, Wojciechowska U, Zatoński W. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2013.
19. Dijkstra A, Buunk AP, Tóth G, Jager N. Psychological adjustment to chronic illness: The role of prototype evaluation in acceptance of illness. *J Appl Biobehav Res.* 2008; 12 (3-4): 119-140.
20. Dorfmueller M, Dietzfelbinger H. Psychoonkologia: diagnostyka – metody terapeutyczne. Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2011, s.60.
21. Felton BJ, Revenson TA. Coping with chronic illness: a study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *J Consult Clin Psychol.* 1984; 52(3): 343-353.
22. Felton BJ, Revenson TA, Hinrichsen GA. Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. *Soc Sci Med.* 1984; 18(10): 889-898.
23. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M i inn. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11; International Agency for Research on Cancer, Lyon 2013.
24. Gil J, Stembalska A, Łaczmąńska I, Szański M. Sporadic colorectal cancer – factors modulating individual susceptibility to cancer. *Contemp Oncol.* 2010; 14(3): 211-216.
25. Greer S, Morris T, Pettingale KW. Psychological response to breast cancer diagnosis: effect on outcome. *Lancet* 1979; 13(2): 785-787.
26. Halstead MT, Fernsler JL. Coping strategies of long-term cancer survivors. *Cancer Nurs.* 1994; 17(2): 94-100.
27. Hanneke WM, van Laarhoven MA, Schilderman J, Bleijenberg G, Donders R, Vissers KC, et al. Coping, quality of life, depression, and hopelessness in cancer patients in a curative and palliative, end-of-life care setting. *Cancer Nurs.* 2011; 34(4): 302-314.
28. Harrison T, Stuifbergen A, Adachi E, Becker H. Marriage, impairment, and acceptance in persons with multiple sclerosis. *West J Nurs Res.* 2004; 26(3): 266-285.
29. Jackson T, Pope L, Nagasaka T, et al. The impact of threatening information about pain on coping and pain tolerance. *Br J Health Psychol.* 2005; 10: 441-451.
30. Janowski K, Kurpas D, Kusz J, Mroczek B, Jedynek T, Health-Related Behavior, Profile of Health Locus of Control and Acceptance of Illness in Patients Suffering from Chronic Somatic Diseases, *PLOS ONE* 2013; 8(5): e63920.
31. Johansson E, Steineck G, Holmberg L, Johansson JE, Nyberg T, Ruutu M, Bil-Axelsson A. Long-term quality-of-life outcomes after radical prostatectomy or watchful waiting: the Scandinavian Prostate Cancer Group-4 randomised trial. *Lancet Oncol.* 2011; 12(9): 891-899.

32. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia, Pracownia testów psychologicznych, Warszawa 2009, s.156-174.
33. Juczyński Z. Psychologiczne wyznaczniki przystosowania się do choroby nowotworowej. *Psychoonkologia* 1997; 1: 1-10.
34. Juczyński Z. Spostrzegana kontrola a strategie radzenia sobie z przewlekłym bólem. *Sztuka Leczenia* 2001; VII, 2: 9-16.
35. Katz RC, Flasher L, Cacciapaglia H, Nelson S. The psychosocial impact of cancer and lupus: A cross validation study that extends the generality of „benefit-finding” in patients with chronic disease. *J Behav Med.* 2001; 24(6): 561-571.
36. Kazalska D. Psychologiczne uwarunkowania bólu przewlekłego. Konsekwencje nieleczzonego bólu. *Terapia* 2006; 11, 186: 55-62.
37. Keogh AM, Feehally J. A quantitative study comparing adjustment and acceptance of illness in adults on renal replacement therapy. *ANNA J.* 1999; 26(5): 471-477.
38. Koleck M, Mazaux JM, Rascle N, Bruchon-Schweitzer M. Psycho-social factors and coping strategies as predictors of chronic evolution and quality of life in patients with low back pain: a prospective study. *Eur J Pain* 2006; 10(1): 1-11.
39. Kozak G. Zróżnicowanie strategii radzenia sobie z nowotworem chorych w przebiegu wybranych nowotworów złośliwych. *Anestezjologia i Ratownictwo* 2012; 6: 162-170.
40. Kulpa M, Owczarek K, Stypuła-Ciuba B. Przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej a jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia u chorych onkologicznych. *Med. Pal.* 2013; 5(3): 106-113.
41. Kurita K, Garon EB, Stanton AL, Meyerowitz BE. Uncertainty and psychological adjustment in patients with lung cancer. *Psychooncology* 2013; 22(6): 1396-1401.
42. Lechner SC, Zakowski SG, Antoni MH, Greenhawt M, Block K, Block P. Do sociodemographic and disease-related variables influence benefit-finding in cancer patients? *Psychooncology* 2003; 12(5): 491-499.
43. Leventhal EA, Prohaska TR. Age, symptom interpretation, and health behavior. *J Am Geriatr Soc.* 1986; 34(3): 185-191.
44. Linton SJ, Shaw WS. Impact of psychological factors in the experience of pain, *Phys Ther.* 2011; 91(5): 700-711.
45. Lord K, Ibrahim K, Kumar S, Mitchell AJ, Rudd N, Symonds RP. Are depressive symptoms more common among British South Asian patients compared with British White Patients with cancer? A cross-sectional survey. *BMJ Open* 2013; 3(6).
46. Love AW, Scealy M, Bloch S, Duchesne G, Couper J, Macvean M, Costello A, Kissane DW. Psychosocial adjustment in newly diagnosed prostate cancer. *Aust N Z J Psychiatry* 2008; 42(5): 423-429.
47. Lueboonthavatchai P. Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients. *J Med Assoc Thai.* 2007; 90(10): 2164-2174.
48. Malicka I, Szczepańska-Gieracha J, Jankowska E, Woźniewski M, Rymaszewska J. Physical activity, life satisfaction and adjustment to illness in women after treatment of breast cancer. *Contemp Oncol.* 2011; 15(3): 180-185.
49. Malicka I, Szczepańska J, Anioł K, Rymaszewska J, Woźniewski M. Zaburzenia nastroju i strategie przystosowania do choroby u kobiet leczonych operacyjnie z powodu nowotworu piersi i narządów rodnych. *Contemp Oncol.* 2009; 13(1): 41-46.
50. Marcinkowska-Bachlińska M, Małecka-Panas E. Poczucie kontroli i radzenie sobie z emocjami i dolegliwościami u chorych na chorobę refluksową. *Przew Lek.* 2006; 9: 83-90.

51. Martin LG. Adjusting to type 2 diabetes: The impact of illness cognitions on self management behavior and biological outcomes. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 2012; 72(9-B): 5594.
52. McCracken L, Eccleston Ch. A comparison of the relative of coping and acceptance-based measures in a sample of chronic pain sufferers. *Eur J Pain* 2006; 10(1): 23-29.
53. Mercado AC, Carroll LJ, Cassidy JD, Cote P. Passive coping is a risk factor for disabling neck or low back pain. *Pain* 2005; 117(1-2): 51-57.
54. Merlijn VP, Hunfeld JA, van der Wouden JC. Factors related to the quality of life in adolescents with chronic pain. *Clin J Pain* 2006; 22(3): 306-315.
55. Michałowska-Wieczorek I. Rola wsparcia w zmaganiu się z chorobą nowotworową. *Psychoonkologia* 2006; 10(2): 51-56.
56. Misterska E, Jankowski R, Głowacki M. Chronic pain coping styles in patients with herniated lumbar discs and coexisting spondylotic changes treated surgically: Considering clinical pain characteristics, degenerative changes, disability, mood disturbances, and beliefs about pain control. *Med Sci Monit.* 2013; 19: 1211-1220.
57. Morris T, Pettingale KW, Haybittle JL. Psychological response to cancer diagnosis and disease outcome in patients with breast cancer and lymphoma. *Psycho-Oncology* 1992; 1(2): 105-114.
58. Nersesyan H, Slavin KV. Current approach to cancer pain management: Availability and implications of different treatment options. *Ther Clin Risk Manag.* 2007; 3(3): 381-400.
59. Noble B, Clark D, Meldrum M, Seymour J, Winslow M, Paz S. The measurement of pain, 1945-2000. *J Pain Symptom Manage* 2005; 29(1): 14-21.
60. Nowicki A, Kwasińska E, Rzepka K, Walentowicz M, Grabiec M. The impact of illness on the emotional life of women united in "the amazons" clubs after breast cancer surgery. *Annales Academiae Medicae Stetinensis* 2009; 55(3): 81-85.
61. Ogińska-Bulik N. Rola prężności psychicznej w przystosowaniu się kobiet do choroby nowotworowej. *Psychoonkologia* 2011; 1: 16-24.
62. Oniszczenko W, Laskowska A. Emotional reactivity, coping style and cancer trauma symptoms, *Arch Med Sci* 2014; 10(1): 110-116.
63. Orzechowska A, Florkowski A, Gruszczyński W, Zboralski K, Wysokiński A, Gałęcki P, Talarowska M. Status socjoekonomiczny a zachowania agresywne i style radzenia sobie ze stresem. *Psychiatr. Pol.* 2009; XLIII,1: 53-63.
64. Osowiecki DM, Compas BE. A prospective study of coping, perceived control and psychological adjustment to breast cancer. *Cognitive Therapy and Research* 1999; 23(2): 169-180.
65. Pawlik M, Karczmarek-Borowska B. Akceptacja choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie, Rzeszów* 2013; 2: 203-211.
66. Petrie KJ, Jago LA, Devcich DA, The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20(2): 163-167.
67. Pettingale KW. Doping and cancer prognosis. *Journal of Psychosomatic Research* 1984; 28: 363-364.
68. Pharo GH, Zhou L. Pharmacologic management of cancer pain, *J Am Osteopath Assoc.* 2005; 105(11 Suppl 5): 21-28.
69. Pinto B, Trunzo J, Reiss P, Shiu S. Exercise participation after diagnosis of breast cancer: trends and effects on mood and quality of life. *Psychooncology* 2002; 11(5): 389-400.

70. Rolka H, Krajewska-Kułak E, Kułak W, Drozdowski W, Gołębiowska A, Kondzior D. Akceptacja choroby i strategie radzenia sobie z bólem jako istotne komponenty oceny jakości życia zależnej od stanu zdrowia u chorych z migreną. *Doniesienie wstępne. Problemy Pielęgniarstwa* 2009; 17(3): 178-183.
71. Rosenstiel AK, Keefe FJ. The use of cognitive coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain* 1983; 17: 33-44.
72. Samwel HJ, Evers AW, Crul BJ, Kraaimaat FW. The role of helplessness, fear of pain and passive pain-coping in chronic pain patients. *Clin J Pain* 2006; 22: 245-251.
73. Sears SR, Stanton AL, Danoff-Burg S. The yellow brick road and the emerald city: benefit finding, positive reappraisal, and posttraumatic growth in women with early stage breast cancer. *Health Psychol.* 2003; 22(5): 487-497.
74. Seok JH, Choi WJ, Lee YS, Park CS, Oh YJ, Kim JS, Chang HS. Relationship between negative mental adjustment to cancer and distress in thyroid cancer patients. *Yonsei Med J.* 2013; 54(3): 658-664.
75. Skevington SM. A standardised scale to measure beliefs about controlling pain (BPCQ): a preliminary study. *Psychol Health* 1990; 4: 221-232.
76. Stanton AL, Ganz PA, Rowland JH, Meyerowitz BE, Krupnick JL, Sears SR. Promoting adjustment after treatment for cancer. *Cancer* 2005; 104 (11 Suppl): 2608-2613.
77. Stolarska M. Problemy związane z badaniem jakości życia pacjentów onkologicznych. Instytut Psychologii Zdrowia, Polskie Towarzystwo Psychologiczne, <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/50-artykuly/212-problemy-zwiazane-z-badaniem-jakosci-zycia-pacjentow-onkologicznych.html>.
78. Stuijbergen AK, Seraphine A, Roberts G. An explanatory model of health promotion and quality of life in chronic disabling conditions. *Nurs Res.* 2000; 49(3): 122-129.
79. Syrialá KL, Jensen MP, Mendoza ME, Yi JC, Fisher HM, Keefe FJ. Psychological and behavioral approaches to cancer pain management. *J Clin Oncol.* 2014; 32(16): 1703-1711.
80. Szczepańska-Gieracha J, Malicka I, Rymaszewska J, Woźniewski M. Przystosowanie psychologiczne kobiet bezpośrednio po operacji onkologicznej i po zakończeniu leczenia. *Contemp Oncol.* 2010; 14(6): 403-410.
81. Taylor S. Przystosowanie do zagrażających wydarzeń. *Nowiny Psychologiczne* 1984; 6: 15-37.
82. Telford K, Kralik D, Koch T. Acceptance and denial: implications for people adapting to chronic illness: literature review. *J Adv Nurs.* 2006; 55(4): 457-464.
83. Thomas E, Weiss S. Nonpharmacological interventions with chronic cancer pain in adults. *Cancer Control* 2000; 7(2): 157-164.
84. Thome B, Hallberg IR. Quality of life in older people with cancer – a gender perspective, *Eur J Cancer Care* 2004; 13(5): 454-463.
85. Tuchowska P, Worach-Kardas H, Marcinkowski JT. Najczęstsze nowotwory złośliwe w Polsce – główne czynniki ryzyka i możliwości optymalizacji działań profilaktycznych. *Probl Hig i Epidemiol* 2013; 94(2): 166-171.
86. Turk DC, Monarch ES, Williams AD. Cancer patients in pain: considerations for assessing the whole person. *Hematol Oncol Clin North Am.* 2002; 16(3): 511-525.
87. Unruh AM, Ritchie J, Merskey H. Does gender affect appraisal of pain and pain coping strategies? *Clin. J. Pain* 1999; 15(1): 31-40.
88. Urcuyo KR, Boyers AE, Carver CS, Antoni MH. Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being. *Psychol Health* 2005; 20(2): 175-192.
89. Vandervoort DJ, Luis PK, Hamilton SE. Some correlates of health locus of control among multicultural individuals. *Curr Psychol.* 1997; 16(2): 167-178.

90. Verra ML, Angst F, Lehmann S, Aeschlimann A. Translation, Cross-Cultural Adaptation, Reliability, and Validity of the German Version of the Coping Strategies Questionnaire (CSQ-D). J Pain 2006; 7(5): 327-336.
91. Watson M, Law M, Santos M, Greer S, Baruch J, Bliss J. The Mini-MAC: further development of the Mental Adjustment to Cancer Scale. Journal of Psychological Oncology 1994; 12(3): 33-46.
92. WHO, Breast cancer: prevention and control, <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index1.html>
93. WHO, International Agency for Research on Cancer, IARC. World Health Statistics 2016: Monitoring health for the SDGs, <http://www.who.int/gho/en/>.
94. Wiraszka G, Lelonek B. Funkcjonowanie chorego z białaczką a akceptacja choroby nowotworowej, Studia Med. 2008; 10: 21-26.
95. Wirth M. The many faces of advanced stage prostate cancer, http://www.europa-uomo.org/docs/2014/patient_education%20.pdf.
96. Wiśniewska A, Szewczyk MT, Cwajda-Białasik J, Cierzniańska K, Jawień A. Przekonania na temat kontroli bólu u chorych z przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2009; 3: 113-121.

5. POZOSTAŁE OSIĄGNIĘCIA NAUKOWO-BADAWCZE

Mój łączny dorobek naukowy to **110 naukowych publikacji pełnotekstowych**, opublikowanych w czasopismach posiadających punkty IF oraz MNiSW. Kolejne dwie publikacje zostały przyjęte do druku. 10 z tych publikacji przedstawionych zostało jako cykl habilitacyjny. W **63 pracach** jestem **pierwszym lub jedynym autorem**. W skład mojego dorobku wchodzi **42 prace oryginalne, 66 prac poglądowych, 1 opis przypadku oraz 1 pełnotekstowa praca** opublikowana w suplemencie do czasopisma indeksowanego w Journal Citation Reports. Jestem również autorem **2 monografii naukowych, 2 podręczników akademickich oraz 1 monografii, która powstała pod moją redakcją**. Do dorobku naukowego zaliczam również autorstwo **23 rozdziałów w krajowych i zagranicznych monografiach naukowych**.

W sumie za publikacje naukowe zgromadziłam 22,645 punktów IF oraz 2,416 punktów IF (pełnotekstowa praca w suplemencie), co łącznie daje **25,061IF** oraz **866 punktów MNiSW**. Kolejne dwie publikacje mojego autorstwa zostały przyjęte do druku. Ich łączny współczynnik oddziaływania IF wynosi 7,11 (55 punktów MNiSW). Szczegółowy, poświadczony przez Bibliotekę Główną Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, wykaz opublikowanych przeze mnie artykułów naukowych wraz z informacją o wysokości punktacji za każdą z prac, stanowi odrębny załącznik do wniosku o wszczęcie postępowania habilitacyjnego (załącznik 8).

Warszawa, 20.10.2016 r.



Aleksandra Czerw