

Barbara Boryczko-Pater

Osobowość a style radzenia sobie z chorobą nowotworową u pacjentów oddziału Otolaryngologicznego

Personality and styles of coping with cancer among patients from Department of Otolaryngology in Cracow

Oddział kliniczny kliniki Otolaryngologii
Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

Wprowadzenie

Choroba nowotworowa jest szczególnym przypadkiem, prawdopodobnie żadna inna nie wywołuje tak silnego lęku, i tak bardzo nie kojarzy się z bólem i umieraniem. Już samo podejrzenie nowotworu wywołuje bardzo silny lęk, a potwierdzenie diagnozy zazwyczaj łączy się z depresją, do czego przyczyniają się funkcjonujące w społeczeństwie mity związane z chorobą, a także częste napiętnowanie społeczne i izolacja chorych (De Walden- Gałuszko, Majkowicz, 1994). Wydaje się, że na wyjątkowość tej choroby składa się po pierwsze aspekt śmiertelności. Faktycznie konfrontuje ona człowieka ze śmiercią, ponieważ różne jej postacie uśmiercają rocznie blisko 70, 000 Polaków (De Walden- Gałuszko, Majkowicz, 1994) i zajmuje ona drugie miejsce pod względem śmiertelności (Sęk, Heszen, Sęk 2007). Wiąże się to z kolei z tym, że dla wielu

osób diagnoza nowotworu jest równoznaczna z wyrokiem śmierci (Kubacka- Jasiocka, 1999). Mimo że choroba ta stwarza realne zagrożenie życia, to wczesna diagnoza i odpowiedni sposób leczenia mogą doprowadzić do wyzdrowienia. Mit śmiertelności, sugerujący, że rak równa się śmierć, pogarsza sytuację pacjenta zwiększając znacznie niepokój i utrudniając przyjęcie aktywnej postawy w zmaganiu się z chorobą. Drugi mit dotyczy braku możliwości wpływu na własną sytuację. Wiele osób uważa, że nowotwór ma pochodzenie zewnętrzne względem organizmu i żadne wewnętrzne właściwości nie mogą spowodować kontroli nad nim. Tymczasem mechanizmy obronne organizmu pomagają w uporaniu się i walce z chorobą. (Pilecka, 2004) Coraz częściej też nawet symptomy fizyczne spostrzega się z perspektywy psychospołecznej, uznając, że mają na nie wpływ również inne czynniki

poza biomedycznymi (Cioffi, 1991). Trzeci mit dotyczy leczenia, które jest opisywane jako drastyczne i posiadające liczne skutki uboczne- przy takim założeniu ciężko zaakceptować je i traktować jak sprzymierzeńca w walce z ciężką chorobą (Pilecka, 2004)

Choroba nowotworowa jest prawdopodobnie jedną z najtrudniejszych do zaakceptowania, budzi ona również znaczenie większe obawy niż inne stany medyczne stwarzające realne zagrożenie życia. Już samo nazwanie choroby nowotworem powoduje zwiększenie lęku u pacjentów, w porównaniu z tymi, którzy nazywają ją jakoś inaczej (Łosiak, 1999). Prawdopodobnie dlatego choroba ta uważana jest za najbardziej obciążającą psychicznie i stresującą.

Nowotwory głowy i szyi to około 10% wszystkich złośliwych odmian tej choroby (Sherman, Calman, Eckherdt, Elsebai, Firat, Hossfeld, Paunier, Salvadori, 1992). Zapadalność jest zróżnicowana w zależności od regionu i przykładowo dane z 2002 roku mówią o 1,5 zachorowania na 100000 osób w Małopolsce i niemal 2,2/100000 w województwie Śląskim. Najczęściej chorują osoby między 5 a 6 dekadą życia i siedmiokrotnie częściej takie schorzenia dotyczą mężczyzn (Zatoński, Kręcicki, Krzeszewska, 2005). Najczęstszym nowotworem tej okolicy jest nowotwór krtani stanowi on również duży procent wszystkich nowotworów (2-4%). Dotyka on aż siedemnastokrotnie częściej mężczyzn niż kobiety (Zatoński, Kręcicki, Zalesska- Kręcicka, 2005)

Jeśli chodzi o leczenie, to kiedy nowotwór jest ograniczony miejscowo stosuje się metody chirurgiczne i napromienianie, dotyczy

to około 70-80% chorych. W przypadku niektórych nowotworów ze względu na dostęp np. nosogardziej stosowana jest wyłącznie radioterapia. Często też obie te metody łączy się ze sobą stosując pierwszej fazie leczenia interwencje chirurgiczne, a dodatkowo po zabiegu stosuje się naświetlania węzłów chłonnych. (Pawłęga, 1999).

Rokowanie jest zróżnicowane w zależności od lokalizacji i stadium wykrycia choroby. Niestety około 35-55% osób zwleka z podjęciem leczenia co jest spowodowane z jednej strony lękiem, a z drugiej tym, że początkowo choroba nie wywołuje silnego bólu (Bishop, 2000). Odsetek przeżyć 5-letnich (na podstawie obserwacji w Krakowskim Centrum Onkologii, za: Pawłęga, 1999), który jest wskaźnikiem skuteczności leczenia, wynosi przykładowo: 53% dla nowotworu krtani, 44% dla ślinianek, 25 % dla gardła, 22% dla zatok obocznych nosa i nosa. (Pawłęga, 1999).

Radzenie sobie z chorobą nowotworową

Choroba jest złożoną sytuacją stresową. Jak każda taka sytuacja mobilizuje człowieka do pewnej formy ustosunkowania się do otoczenia. Radzenie sobie jest określane jako czynnik stabilizujący, który pomaga jednostce utrzymać adaptację psychospołeczną w sytuacjach stresowych. Radzenie sobie to wysiłki, które podejmuje jednostka, by sprostać wymaganiom otoczenia, ocenianym jako przekraczające jej możliwości radzenia sobie (Lazarus, 1993). Adaptacyjność z kolei jest miarą oceny skuteczności tych zachowań.

Zasadniczo w obliczu sytuacji stresowej osoba może podejmować działania ukierun-

owane na problem bądź ukierunkowane na samoregulację emocji (Lazarus, Folkman, 1984). W sytuacji choroby instrumentalne strategie radzenia sobie (zorientowane na problem) obejmowałyby takie działania jak zdobywanie informacji o chorobie, kształtowanie jej obrazu, w taki sposób, by mobilizować do walki z nią, zachowania zmierzające do poprawy stanu zdrowia, unikanie szkodliwych dla zdrowia działań. Zachowania zorientowane na samoregulację emocji polegają na próbach opanowania negatywnych stanów emocjonalnych w szczególności lęku (Heszen, Sęk, 2007).

W obliczu choroby ludzie zachowują się w pewien indywidualny sposób nazywany stylem radzenia sobie. Jest to zmienna indywidualna różnicująca ludzi znajdujących się w podobnej sytuacji. Możemy na przykład podzielić osoby chorujące na takie, które poszukują informacji o chorobie i takie, które będą ich unikać (Miller, Magnan, 1983). Różnice indywidualne ujawniające się w sytuacji zachorowania wynikają z cech jednostki i ze znaczenia, jakie przypisuje ona zewnętrznym sytuacjom. Strategia z kolei jest konkretnym zachowaniem, które jest zdeterminowane w znacznej mierze sytuacyjnie.

W poniższym badaniu będziemy mogli wyróżnić dwa style: konstruktywny (związany z zachowaniami adaptacyjnymi- podejmowanie różnych działań w celu poradzenia sobie z sytuacją) i destruktywny (obejmujący zachowania nieadaptacyjne- biernie poddanie się chorobie zaabsorbowanie lękowe, dominacja uczuć bezradności). Na każdy z tych stylów będą składać się konkretne strategie czyli sposoby zachowania.

Zmaganie się z chorobą nowotworową jest również związane z silnymi emocjami. Coraz częściej w kontekście przystosowania podkreśla się ich rolę- mogą one między innymi zakłócać procesy poznawcze i utrudniać przyswajanie wiedzy o chorobie (Heszen, Sęk, 2007). Dyskusja na temat ich roli często pojawia się w kontekście lęku. Towarzyszy on pacjentowi na każdym etapie choroby, na poziomie optymalnym wspiera zachowania ukierunkowane na poprawę zdrowia (Heszen, Sęk, 2007), jednak kiedy jest nadmierny powoduje dezorganizację zachowania i panikę, co powoduje, że pacjentowi trudniej jest radzić sobie z trudem choroby (Kopczyńska- Tyszko, 1999).

Przystosowanie psychiczne w ujęciu Watson i jej współpracowników powstało na bazie analizy czynnikowej różnych sposobów radzenia sobie w obliczu choroby. Autorzy opisują dwa style radzenia sobie: konstruktywny i destruktywny. Styl konstruktywny zakłada, że choroba spostrzegana jest jako wyzwanie, które mobilizuje do walki, podkreśla również zadowolenie z przeżytych lat i przewartościowanie swojego życia. Styl ten zakłada również odsuwanie od siebie myśli o chorobie, które jest rozumiane jako aktywność, która umożliwia poradzenie sobie z trudnymi emocjami. Można więc powiedzieć, że według autorów konstruktywne radzenie sobie polega na podejmowaniu różnych zachowań w obliczu choroby, zarówno instrumentalnych jak i ukierunkowanych na regulację emocji W opozycji do stylu konstruktywnego wyróżniony został styl destruktywny, w którym dominują negatywne emocje (lęk) i myśli rezygnacyjne (bezradność, beznadziejność), w tej sytuacji jednostce nie

udają się opanować negatywnych emocji ani przyjąć aktywnej postawy wobec choroby. Z lepszym przystosowaniem do choroby kojarzone są skale ducha walki i pozytywnego przewartościowania (Juczyński, 1999). Badania (Chojnacka- Szawłowska, 1994) pokazują, że stosowanie aktywnych strategii bez względu czy konfrontacyjnych czy unikowych w zmaganiu się z chorobą jest strategią lepszą niż pozostawanie biernym (Juczyński, 2001)

Osobowość

Koncepcja osobowości Eysencka należy do teorii ujmujących ten konstrukt jako zespół cech. Duży nacisk kładzie się tu na relacje między biologicznymi właściwościami człowieka, a jego osobowością (Strelau, 2004). Eysenck (1952) twierdził, że osobowość ma 4 poziomową strukturę. Na najniższym stopniu znajdują się pojedyncze zachowania- takie, jak na przykład reakcja na jakieś zdarzenie. Poziom wyżej, opisuje te zachowania, które są powtarzalne (habitual responses), czyli mają tendencję do pojawiania się w podobnych okolicznościach. Trzeci poziom to powiązania tych zwyczajowych reakcji w pewne cechy osobowości, takie jak podatność na sugestie, upór, szczerłość itd. Dopiero na czwartym najwyższym poziomie pojawia się typ- czyli organizacja cech taki jak np. introwersja, czy neurotyzm. W koncepcji tej wyróżnia się 3 czynniki. Neurotyzm, Psychotyzm, i Ekstrawersję. Z których każde da się opisać przy pomocy zbioru pewnych cech. Zdaniem autora wyodrębnione czynniki mają charakter uniwersalny, bowiem udało się je zidentyfikować w wielu różnych kulturowo krajach.

Osoba ekstrawertywna jest towarzyska, beztroska, żywa, dominująca, aktywna, wybuchowa, asertywna, śmiała, poszukująca doznań, zazwyczaj lubi przyjęcia i często działa pod wpływem chwili. Wymiar ten posiada dwa bieguny, cechy przeciwne wyżej wymienionym będą charakterystyczne dla introwertyka.

Typowy neurotyk jest lękliwy, depresyjny, irracjonalny, płochliwy, często towarzyszy mu poczucie winy, jest markotny, o niskiej samoocenie, emocjonalny, spięty. Cechuje go labilność emocjonalna, niepokój, skargi na różne dolegliwości zdrowotne. Osoby takie są bardziej podatne na stres i trudniej dochodzą do siebie, po jego ustaniu.

Osoba która cechuje psychotyzm jest agresywna, chłodna, antyspołeczna, przejawia brak empatii, jest egocentryczna, twórcza, bezosobowa, gruboskórna, impulsywna. Cechuje ją też umiejętność niekonwencjonalnego myślenia (Pervin, 2002)

Na rolę osobowości w powstawaniu chorób somatycznych zwróciła uwagę Dunbar i jej hipoteza dotycząca: osobowości wieńcowej (Dolińska-Zygmunt, 1996). Pierwsze dobrze poznane cechy dotyczyły wzorca zachowań A/B, który kształtuje się w dzieciństwie i jest w dorosłości powiązany z chorobą niedokrwinną serca, jego najlepszymi predyktorami są złość i wrogość (Juczyński, 1999). Podobnie jak zlokalizowano wzór zachowań A, próbowano odnaleźć cechy osobowości odpowiedzialne za rozwój u pacjentów nowotworu. Wzór zachowań C (od cancer) charakteryzuje osoby cierpliwe, spokojne, kooperatywne, uległe wobec autorytetów, ukrywające negatywne emocje (Dolińska-Zygmunt, 1996). W kontekście tych osób

mówiono również o problemach z radzeniem sobie z trudnymi emocjami, niezdolnością do ich wyrażania, i tendencjami do tłumienia, wypierania, i zaprzeczania im (Juczyński, 1999). Takie osoby są konwencjonalnie spokojne, na stres zaś reagują poczuciem bezradności (Helen, Sęk, 2007). Badania nad tym, czy te cechy przyczyniają się do rozwoju choroby były szeroko zakrojone, jednak do dziś nie udało się osiągnąć jednoznacznych rezultatów czy wzór zachowań c w ogóle istnieje i czy przyczynia się w rzeczywistości do rozwoju choroby (Gapik, Kosmala, 2003; Muc, Madej, Wierzgoń, 1997)

Osobowość a przystosowanie- wzajemne zależności

Rola osobowości w adaptacji do choroby była badana bardzo często. Dobrze udokumentowany jest negatywny wpływ neurotyzmu na przystosowanie się. Wykazano między innymi, że osoby neurotyczne w sytuacji choroby jak w większości sytuacji życiowych będą reagować wzmożonym napięciem, lękiem, będą też częściej unikać kontaktu z lekarzem i nie dopuszczać do siebie trudnych informacji (Lancastle, Boivin, 2005), Częściej też będą uskarżać się na zdrowie (Pervin 2002) i będą mieć większą skłonność do stosowania emocjonalnych strategii radzenia sobie (Klonowicz, Cieślak, 2004). W badaniach Małyszczaka (2007) neurotyzm opisywano jako miarę podatności na wystąpienie epizodu depresyjnego w odpowiedzi na różne trudności życiowe. Małyszczak (2007) badał występowanie epizodów depresyjnych u chorych somatycznie- porównywał choroby nowotworowe i nienowotworowe. W przy-

padku pacjentów nowotworowych depresja wystąpiła u połowy osób zakwalifikowanych do grupy osób wysoko neurotycznych.

Często pisze się również nie o samym neurotyzmie, ale o negatywnej emocjonalności, która jest konstruktem zbliżonym do tego typu osobowości. Osoby, które charakteryzuje negatywna emocjonalność częściej w sytuacjach frustracji będą reagować negatywnymi emocjami. Badania (Małyszczak, 2007) pokazują, że negatywna emocjonalność związana jest z odczuwaniem lęku, a niski poziom pozytywnej emocjonalności wiąże się z depresją. Dlatego też w poniższych badaniach oczekuje się, że osoby z grupy osób wysokoneurotycznych częściej będą posługiwały się destruktywnymi stylami radzenia sobie z chorobą nowotworową. Związek między ekstrawersją a radzeniem sobie został zobrazowany w badaniach Kwag, Martin, Poon,, Johnson (2007). Ekstrawersja wpływa korzystnie na zdrowie za pośrednictwem pozytywnego afektu i strategii radzenia sobie. Przy wysokim poziomie pozytywnej afektywności rzadziej pojawia się depresja niż w przypadku osób z niskim poziomem tej cechy (Małyszczak, 2007). Można więc próbować domyślać się, że osoby ekstrawertywne będą rzadziej posługiwały się na strategiach związanych z lękiem i depresją (zaabsorbowanie lękowe, bezradność- beznadziejność) niż innymi, bardziej konstruktywnymi.

Często też na skutek choroby dochodzi do neurotyzacji osobowości. Osoby nie prezentują symptomów zaburzeń nerwicowych, ale ich osobowość staje się bardziej zbliżona do tego właśnie typu osobowości. Takie zjawisko występuje nawet u 72% cho-

rych (Michałek, Dubowska, Prusek, 2000). Dlatego też tak trudno odróżnić jest wpływy osobowościowe od zmian w osobowości na skutek choroby.

Cel pracy

Celem pracy jest zbadanie zależności między typem osobowości a strategiami radzenia sobie z chorobą u pacjentów, którzy cierpią na nowotwory głowy i szyi.

Grupa badana

W badaniu wzięli udział pacjenci oddziału Otolaryngologii Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego cierpiący z powodu nowotworów głowy i szyi. Do udziału w badaniach zaproszono 87 osób. Z czego 21 osób odmówiło wypełnienia kwestionariuszy, a trzy osoby nie wypełniły przynajmniej jednego testu i zostały wykluczone z analizy. Ostatecznie wyniki zostały obliczone na podstawie 63 przypadków w tym 58 mężczyzn (92%) i 5 kobiet (8%). Średnia wieku osób badanych wynosiła 57,4 lata. Najmłodszy badany miał 16 lat a najstarszy 81, odchylenie standardowe wynosiło 12, 62. Wszyscy pacjenci zostali poddani zabiegom operacyjnym mającym na celu usunięcie nowotworu.

Metoda i narzędzia

Narzędzia

Kwestionariusz EPQ-R

Autorami kwestionariusza są S.B.G. Eysenck, H.J. Eysenck, P. Barrett. W badaniach wykorzystano wersję zrewidowaną z 1995 roku w adaptacji Piotra Brzozowskiego i Radosława Ł. Drwala.

Kwestionariusz powstał w oparciu

o teorię osobowości H. Eysencka PEN, zakładającą trójczynnikiowy podział osobowości na psychotyczność, neurotyczność i ekstrawersję. Wymiary te są niezależne.

Kwestionariusz składa się ze 100 pytań, na które badany odpowiada TAK lub NIE. Zawiera 4 skale: Ekstrawersji, Psychotyczności, Neurotyczności oraz skalę Kłamstwa.

Kwestionariusz przystosowania do choroby nowotworowej Mini- MAC

Autorami skali są Maggie Watson, Matthew Law, Maria Dos Santos, Steven Greer, John Baruch i Judith Blis. Oryginalna skala Mini-Mac stworzona przez Maggie Watson i współpracowników na bazie analizy czynnikowej doprowadziła do wyodrębnienia 5 stylów radzenia sobie z chorobą. Było to zaabsorbowanie lękowe, fatalizm, bezradność- beznadziejność, unikanie poznawcze oraz duch walki (Juczyński, 2001). Polskiej adaptacji skali dokonał w 2001 roku Zygfryd Juczyński. Na drodze analizy czynnikowej wyznaczono 4 czynniki: zaabsorbowanie lękowe, bezradność – beznadziejność, pozytywne przewartościowanie i duch walki.

1. zaabsorbowanie lękowe wyraża się poprzez niepokój spowodowany chorobą. Jest ona rozumiana jako zagrożenie, które nie może zostać opanowane, a każdy sygnał płynący z ciała jest interpretowany jako pogorszenie stanu zdrowia
2. duch walki- chory traktuje chorobę jako wyzwanie i podejmuje działania mające na celu zwalczanie jej. Jest odwrotnością poczucia bezradności – beznadziejności i opisuje aktywne zmaganie

się z chorobą

3. bezradność- beznadziejność to poczucie bezsilności, zagubienia i bierność podanie się chorobie
4. pozytywne przewartościowanie polega na takim przeformułowaniu sytuacji, by była ona spostrzegana jako bardziej optymistyczna, wiąże się z podwyższeniem nastroju. Jest takim przeorganizowaniem problemu swojej choroby, aby przy pełnej świadomości jej powagi znaleźć nadzieję i zadowolenie z przeżytych lat

Dodatkowo można wyróżnić dwa ogólne style radzenia sobie z chorobą

1. Konstruktywny: obejmujący strategie ducha walki pozytywnego przewartościowania
2. Destruktywny: obejmujący zaabsorbowanie lękowe i poczucie bezradności-

Zmienne niezależne

ekstrawersja	Pomiar dokonany kwestionariuszem Eysencka. Zmienna dychotomiczna, podział na wysoko i nisko ekstrawertywnych względem średniej.
neurotyzm	Pomiar dokonany kwestionariuszem Eysencka. Zmienna dychotomiczna, podział na wysoko i nisko neurotycznych względem średniej
psychotyzm	Pomiar dokonany kwestionariuszem Eysencka. Zmienna dychotomiczna, podział na wysoko i nisko psychotycznych względem średniej

Hipotezy:

1. Osoby z grupy charakteryzującej się wysokim poziomem ekstrawersji częściej będą stosować konstruktywny styl radzenia sobie z chorobą nowotworową niż osoby z grupy z niskim poziomem ekstrawersji

beznadziejności (Juczyński, 2001)

Procedura

Badanie było prowadzone indywidualnie (chyba, że do udziału w badaniach zakwalifikowano więcej osób leżących na jednej sali wówczas wypełniały one testy równocześnie). Etap wstępny obejmował nawiązanie kontaktu i prośbę o zgodę pacjenta na wzięcie udziału w badaniach, etap kolejny wypełnienie testów.

Zmienne

Zmienne zależne:

- 1.zaabsorbowanie lękowe
- 2.duch walki
- 3.bezradność- beznadziejność
4. pozytywne przewartościowanie.
5. styl konstruktywny
6. styl destruktywny

2. Osoby z grupy osób z wysokim poziomem neurotyzmu częściej będą stosować strategie bezradność- beznadziejność i zaabsorbowanie lękowe niż osoby z grupy niskiego neurotyzmu.

Wyniki

Dane testowe poddano analizie statystycz-

nej w programie STATISTICA 7. Ze względu na brak normalności rozkładów zastosowano statystyki nieparametryczne. Poniżej przedstawiono wyniki:

Hipoteza 1: ekstrawersja a styl konstruktywny
 Zależność między ekstrawersją a stylem konstruktywnym była nieistotna statystycznie. Udało się natomiast zaobserwować wpływ ekstrawersji na poczucie bezradności i beznadziejności oraz styl destruktywny. Osoby bardziej ekstrawertywne mają mniejszą skłonność do oka-

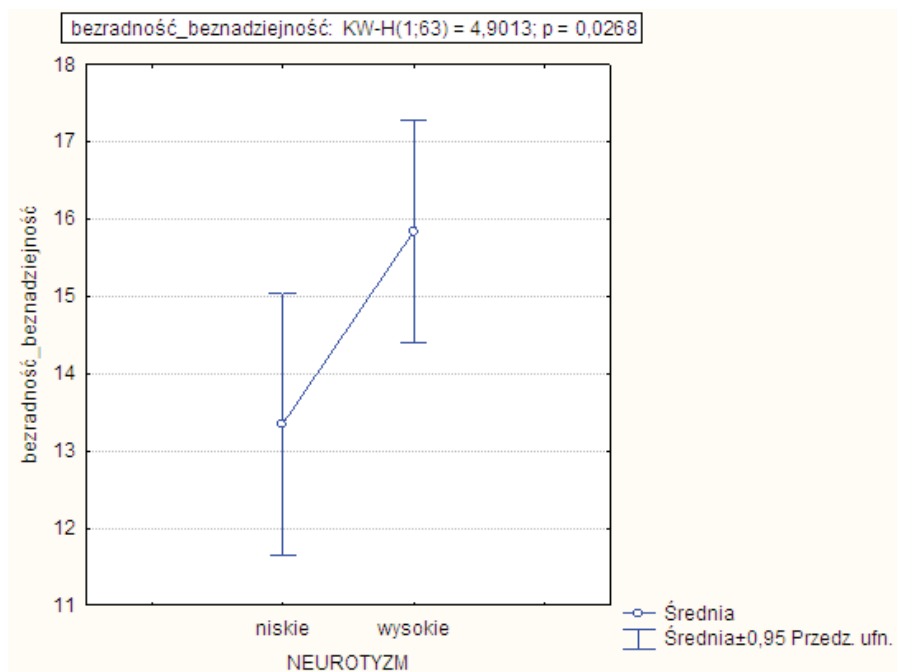
zywania bezradności i beznadziejności niż osoby o mniejszym nasileniu tego wskaźnika (KW-H (1,63)= 7, 13, p=0,008) oraz w mniejszym stopniu niż mniej ekstrawertywne stosowały styl destrukcyjny (KW-H(1,63)=4, 91; p=0,02).

Hipoteza 2 :Neurotyzm a styl destruktywny.
 Neurotyzm był silnie związany z zaabsorbowaniem lękowym i poczuciem bezradności- beznadziejności. Poniżej przedstawiono wyniki pokazujące te zależności.

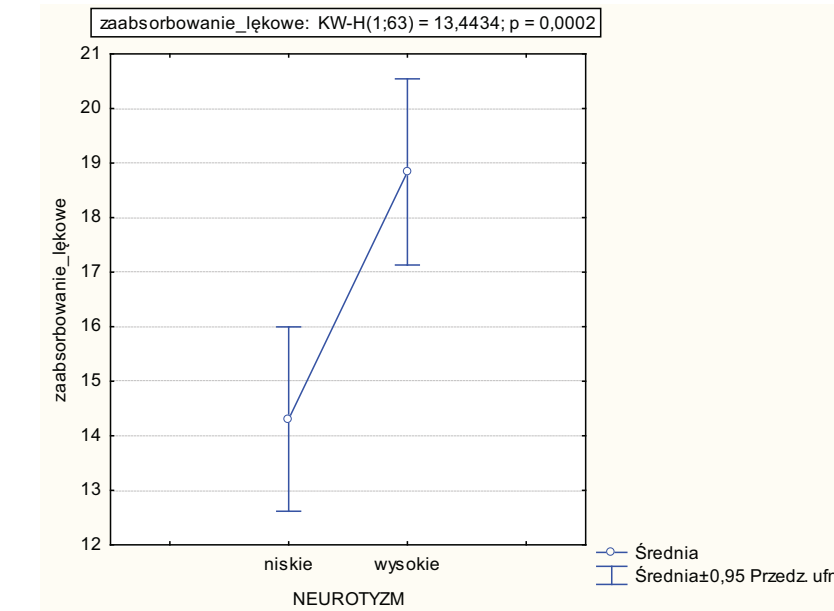
2. Poziom neurotyzmu a strategia zaabsorbowanie lękowe.

Osoby należące do grupy o wysokim poziomie neurotyzmu częściej prezentowały strategię zaabsorbowanie lękowe, niż osoby z niskim poziomem neurotyzmu (U=219, p<0,005; tabela 2, wykres 2). Poniżej przedstawiono te zależności.

	Sum.rang niski poziom neurotyzmu	Sum.rang wysoki poziom neurotyzmu	U	poziom p
zaabsorbowanie_ lękowe	570,00	1446,00	219,00	<0,005



Wykres 1: Porównanie osób z wysokim i niskim poziomem neurotyzmu w zakresie stosowania strategii beznadzieję-beznadziejność

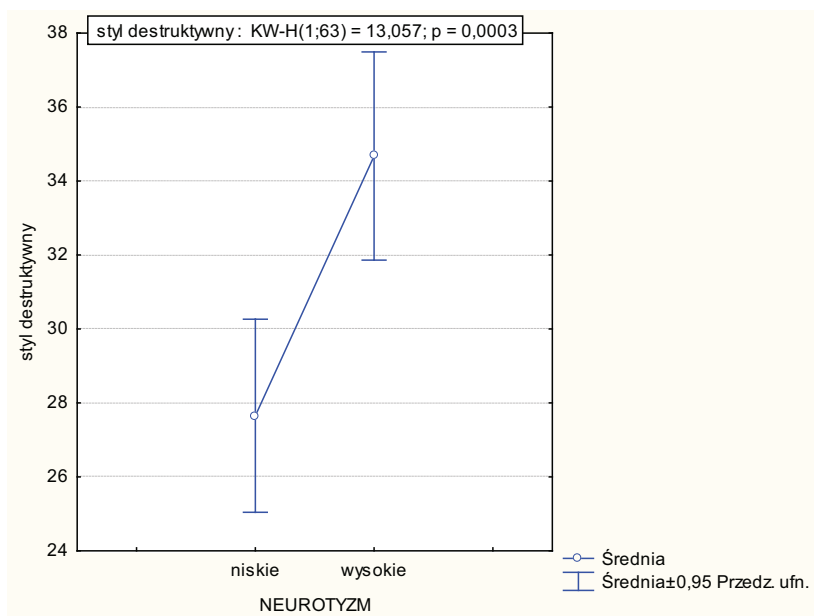


Wykres 2: Porównanie osób z wysokim i niskim poziomem neurotyzmu w zakresie stosowania strategii zaabsorbowanie lękowe

3. Poziom neurotyzmu a styl destruktywny szym stopniu niż nisko neurotyczne posłu-
 gują się stylem destruktywnym (U= 222,5,
 Osoby wysoko neurotyczne w więk- p<0,005). Co zostało zobrazowane poniżej:

	Sum.rang	Sum.rang	U	poziom p
styl destruktywny	573,50	1442,50	222,50	<0,005

Tabela 3: Porównanie osób z wysokim i niskim poziomem neurotyzmu w zakresie stosowania stylu destruktywnego



Wykres 3: Porównanie osób z wysokim i niskim poziomem neurotyzmu w zakresie stosowania stylu destruktywnego

Poziom psychotyizmu nie okazał się być czynnikiem różnicującym w zakresie posługiwania się którąkolwiek ze strategii radzenia sobie z chorobą (wszystkie wyniki nieistotne statystycznie).

Omówienie wyników

Nie udało się potwierdzić hipotezy dotyczącej korzystnego wpływu ekstrawersji na posługiwanie się przez pacjentów z nowotworami głowy i szyi konstruktywnym stylem radzenia sobie. Powyższe badanie pokazały jednak, że wyższy poziom ekstrawersji wiązał się z rzadszym stosowaniem stylu destruktywnego.

Neurotyzm okazał się być zmienną jednoznacznie niekorzystnie oddziałującą na przystosowanie. Wiązał się z częstszym stosowaniem strategii opartych na poczuciu bezradności i beznadziejności oraz nadmiernym zaabsorbowaniu lękowym. Pacjenci zakwalifikowani do grupy osób wysoko neurotycznych częściej posługiwali się stylem destruktywnym niż pacjenci o niższym nasileniu tej cechy.

Dyskusja wyników

Zmienne osobowościowe są powiązane z przystosowaniem do choroby nowotworowej. Ekstrawertycy rzadziej stosowali styl destruktywny i ulegali uczuciom bezradności- beznadziejności. Wygląda na to, że ten typ osobowości korzystnie wpływa na adaptację. Jest to zgodne z doniesieniami z innych badań (Kwag, Martin, Poon., Johnson, 2007). Jednak ograniczenia pracy wynikają z braku kontroli czynników pokrewnych lub związanych z ekstrawersją, których wpływ

na przystosowanie udowodniono wcześniej np. optymizmu, pozytywnej afektywności, spostrzeganego wsparcia społecznego. Neurotyzm okazał się być bardzo silnie związany z zaabsorbowaniem lękowym i poczuciem bezradności- beznadziejności, a także ogólnie mówiąc ze stylem destruktywnym. Rzeczywiście związek tej cechy z reakcjami depresyjnymi i lękowymi w sytuacjach stresowych jest dosyć dobrze udokumentowany (Małyszczak, 2007). Zależność neurotyzmu i negatywnej reakcji na trudne wydarzenia wydaje się być bardzo silna. Wynik ten jednak może być nieco zniekształcony w związku z tym, że 24% badanych osób wypełniało kwestionariusze w okresie do 2 tygodni od postawienia diagnozy i negatywne emocje (lęk, rozpacz, depresja, gniew, patrz: np. Bishop, 2000) mogły wpłynąć na zwiększenie poziomu bezradności- beznadziejności i zaabsorbowania lękowego. Wiele z tych osób mogło przeżywać emocje charakterystyczne dla którejś z wczesnych faz radzenia sobie takich jak zaprzeczanie czy gniew (Bishop, 2000). Być może inne wyniki dałoby powtórzenie badania z uwzględnieniem czynnika czasu- ciekawe byłoby między innymi porównanie strategii radzenia sobie na różnych etapach leczenia i w dłuższej perspektywie czasowej.

W badaniach nie udało się uniknąć jednak pewnych błędów. Ze względu na to, że uczestniczyły w nim głównie osoby o niskim wykształceniu (ponad 19% osób posiadało wykształcenie podstawowe i 22% wykształcenie zawodowe) pytania kwestionariuszowe mogły wydawać się pacjentom niezrozumiałe lub trudne. Osoby miały trudności głównie z kwestionariuszem mini- MAC, co

z pewnością mogło mieć wpływ na wyniki.

Wnioski

- Osobowość wpływa na styl radzenia sobie z chorobą
- osoby neurotyczne w większym stopniu posługują się destruktywnymi stylami radzenia sobie z chorobą nowotworową, co wiąże się z większym ryzykiem depresji.
- ekstrawersja jest czynnikiem, który w znacznym stopniu ogranicza posługiwanie się destruktywnym stylem radzenia sobie.

Streszczenie

Problem zmagania się człowieka z ciężką chorobą jest zagadnieniem bardzo rozległym. W niniejszej pracy przedmiotem badań był wpływ zmiennych indywidualnych na strategię radzenia sobie z chorobą nowotworową. W badaniach wzięło udział 63 pacjentów oddziału Otolaryngologii w Krakowie, cierpiących na nowotwory głowy i szyi. Wykorzystano kwestionariusz mini-MAC autorstwa M. Watson, M. Law, M. Dos Santos, S. Greer, J. Baruch i J. Bliss, oraz kwestionariusz osobowości Eysencka. Oczekiwano, że neurotyzm będzie miał negatywny wpływ na radzenie sobie z chorobą, a ekstrawersja pozytywny. Udało się częściowo potwierdzić hipotezy. Neurotyzm wpływał jednoznacznie niekorzystnie na radzenie sobie z chorobą. Ekstrawersja natomiast nie powodowała częstszego posługiwania się stylem konstruktywnym, jednak istotnie obniżała stosowanie stylu destruktywnego.

Słowa kluczowe: radzenie sobie, rak, osobowość, otolaryngologia

Summary

Coping with a serious disease is a very extensive issue considering a human being. The influence of individual variables on adaptation to cancer was the subject of the research. Sixty three patients of Cracow's otolaryngology ward, suffering head and neck tumors has been examined during the research. Mini-MAC questionnaire designed by M. Watson, M. Law, M. Dos Santos, S. Greer, J. Baruch and J. Bliss, Eysenck's Personality Inventory was used. It has been expected the negative role of neuroticism in adaptation to cancer and the positive role of extraversion. Confirmation of hypothesis has been partly achieved. The negative influence of neuroticism on adaptation was significant. Extraversion was not related with constructive style of coping, Higher level of extraversion made the examined individuals use destructive style more rarely.

Key words: coping, cancer, personality, otolaryngology

Bibliografia

1. Bishop G. (2000). Psychologia zdrowia. Warszawa: Wydawnictwo Astrum.
2. Chojnacka-Szawłowska G. (1994). Następstwa psychologiczne nowotworu gruczołu piersiowego i narządów rodnych. Wrocław: Zakład narodowy im. Osolińskich.
3. Cioffi D. (1991). Beyond Attentional Strategies: A Cognitive-Perceptual Model of Somatic Interpretation. Psychological Bulletin, 109, 1, 25-41.
4. Dolińska-Zygmunt G. (1996).

Psychologia chorób nowotworowych. [W:] G. Dolińska-Zygmunt (red.), Elementy psychologii zdrowia. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.

5. Eysenck H.J. (1952). The organization of personality. [W:] D. Kretch, G. Klein (eds.), Theoretical models and personality theory. Durnheim: Duke University Press, 101-117.
6. Gapik L., Kosmala J. (2003). Związek między cechami osobowości a zachowaniem na chorobę nowotworową i radzeniem sobie ze stresem związanym z chorobą. Sztuka Leczenia, 9 (2), 19-24.
7. Heszen I., Sęk H. (2007). Psychologia zdrowia. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
8. Juczyński Z. (1999). *Narzędzia pomiaru w psychologii zdrowia*. Przegląd Psychologiczny, 42,4, 43-56.
9. Juczyński Z. (2001). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
10. Klonowicz T., Cieślak R. (2004). *Neurotyczność i radzenie sobie ze stresem w sytuacji zagrożenia*. [W:] J. Strelau (red.), *Osobowość a stres ekstremalny*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
11. Kopczyńska-Tyszko A. (1999). Reakcje emocjonalne u osób chorujących na nowotwór. [W:] D. Kubacka-Jasiecka, W. Łosiak (red.), *Zmagając się z chorobą nowotworową*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

12. Kubacka-Jasiecka D. (1999). Problematyka lęku i zmagania się z lękiem w chorobie nowotworowej. [W:] D. Kubacka-Jasiecka, W. Łosiak (red.), *Zmagając się z chorobą nowotworową*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
13. Kwag K.H., Martin P., Poon L.W., Johnson M.A. (2007). Effects of personality and cognition on health in Older Adults. American Psychological Association. Convention Presentation.
14. Lancaster D., Boivin J. Dispositional Optimism, Trait Anxiety, and Coping: Unique or Shared Effects on Biological Response to Fertility Treatment? Health Psychology, 24, 2, 171-178.
15. Lazarus R.S. (1993). Coping theory and research: Past, present and future. Psychosomatic Medicine, 55, 234-237.
16. Lazarus R.S., Folkman S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer.
17. Łosiak W. (1999). Subiektywny obraz choroby pacjentów. [W:] D. Kubacka-Jasiecka, W. Łosiak (red.), *Zmagając się z chorobą nowotworową*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
18. Małyszczak K. (2007). Wpływ neurotyzmu i długotrwałych trudności życiowych w postaci chorób somatycznych na nasilenie objawów depresyjnych i leku uogólnionego. Wrocław: Akademia Medyczna we Wrocławiu.
19. Michałek E., Dubowska A., Prusek A. (2000). Osobowość a zaburzenia emocjonalne u chorych na BHP. Urologia Polska, 53 (3/4), 398-405.

20. Miller S.M., Magnan C.E. (1983). Interactic effects of information and coping style in adapting to gynecologic stress: Should the doctor tell all? *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 223-336.
21. Pawłęga, J. (1999). Medyczny obraz choroby nowotworowej. [W:] D. Kubacka-Jasiecka, W. Łosiak (red.), *Zmagając się z chorobą nowotworową*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
22. Pervin L. (2002). *Psychologia osobowości*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
23. Pilecka B. (2004). *Kryzys psychologiczny. Wybrane zagadnienia*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
24. Sherman C.D., Calman K.C., Eckherdt S., Elsebai I., Firat D., Hossfeld D.K., Paunier J.P., Salvadori B. (1992). *Onkologia kliniczna. Podręcznik dla studentów i lekarzy*. Warszawa: PZWL.
25. Strelau J. (2004) *Osobowość jako zespół cech*. [W:] J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik Akademicki*. T. 2. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
26. Walden-Gałuszko de K., (1994). *Jakość życia - rozważania ogólne*. [W:] K. de Walden-Gałuszko, M. Majkiewicz (red.), *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
27. Zatoński T., Kręcicki T., Krzeszewska J. (2005). *Nowotwory jamy ustnej i gardła*. [W:] T. Kręcicki, M. Zalesska-Kręcicka (red.), *Laryngologia w praktyce lekarza rodzinnego*. Warszawa: Wydawnictwo Blackhorse.
28. Zatoński T., Kręcicki T., Zalesska-Kręcicka M. (2005). *Guzy złośliwe krtań*. [W:] T. Kręcicki, M. Zalesska-Kręcicka (red.), *Laryngologia w praktyce lekarza rodzinnego*. Warszawa: Wydawnictwo Blackhorse.

Adres do korespondencji:

Mgr Barbara Boryczko- Pater

Ul. Radosna 9/17

30-538 Kraków

e-mail: b.boryczko@poczta.fm

tel. 601955979