

ZACHOWANIA ZDROWOTNE OSÓB LECZONYCH Z POWODU CHOROBY NOWOTWOROWEJ

HEALTH PRACTICES UNDERTAKEN BY CANCER PATIENTS

Ewa Humeniuk¹, Olga Dąbska¹, Katarzyna Pawlikowska-Łagód², Małgorzata Matuska¹

¹Zakład Patologii i Rehabilitacji Mowy, Uniwersytet Medyczny w Lublinie,

²Zakład Etyki i Filozofii Człowieka, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

DOI: <https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.25>

STRESZCZENIE

Wstęp. Coraz częściej podkreśla się odpowiedzialność podmiotu w kreowaniu własnego zdrowia poprzez styl życia i podejmowanie zachowań zdrowotnych.

Cel pracy. Ocena zachowań zdrowotnych i różnic w ich występowaniu wśród osób ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową.

Materiał i metody. Grupę badaną stanowiło 100 osób chorych na nowotwór. Posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankietową. Narzędziem badawczym był Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) autorstwa Zygryda Juczyńskiego. Analizę materiału badawczego przeprowadzono przy użyciu pakietu statystycznego STATISTICA 12 i programu Microsoft Office Excel. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$, wskazujący na istotne statystycznie różnice bądź zależności.

Wyniki. Większość chorych na nowotwór cechował przeciętny poziom deklarowanych zachowań zdrowotnych. Badani najlepiej ocenieni zostali w kategorii: prawidłowe nawyki żywieniowe, a najgorzej – w kategorii: praktyki zdrowotne. Wystąpiła istotna statystycznie zależność między wynikami kategorii: zachowania profilaktyczne kwestionariusza IZZ a czasem rozpoznania choroby. Zachowania sprzyjające zdrowiu znacznie częściej obserwowane były wśród osób, u których doszło do wznowienia choroby. Większość zachowań zdrowotnych nie różniła się istotnie w zależności od rodzaju nowotworu, czasu trwania choroby, korzystania z badań profilaktycznych, występowania chorób współistniejących, przypadków choroby w rodzinie.

Wnioski. Realizacja zachowań ukierunkowanych na zdrowie, nie tylko podczas terapii onkologicznej, ale i w generalnej populacji, umożliwia zachowanie dobrej kondycji psychofizycznej.

Słowa kluczowe: zachowania zdrowotne, styl życia, nowotwór.

ABSTRACT

Introduction. Subject's responsibility for improving one's health by focusing on one's lifestyle and pro-health activities is emphasized more and more often nowadays.

Aim of the study. Assessment of pro-health activities and differences between them among cancer patients.

Material and methods. The research was conducted on the group of 100 cancer patients. Diagnostic poll method, survey technique was used when conducting this study. Health Behavior Inventory (HBI) by Zygfryd Juczyński was the research tool. STATISTICA 12 and Microsoft Office Excel were used to analyze the gathered data. Statistical significance of $p < 0.05$ was assumed which indicated statistically important differences or correlations.

Results. Activities undertaken by most cancer patients were on the average level. The respondents scored the best in proper eating habits category and the worst in health practices category. There was a statistically important correlation between scores from health practices category from Health Behavior Inventory and time of diagnosis. Pro-health activities were undertaken more often by people who had relapse. Type of cancer, illness duration, undergoing preventive examinations, suffering from coexisting diseases, family history of disease had no significant influence on the differences between undertaken pro-health activities.

Conclusions. Undertaking pro-health activities allows one to maintain good psychophysical condition, not only among cancer patients but among the rest of the population as well.

Keywords: health behavior, lifestyle, cancer.

Wstęp

Choroby nowotworowe stanowią drugą najczęstszą przyczynę zgonów w krajach rozwiniętych. Przyczyn tego stanu upatruje się w oddziaływaniu czynników środowiskowych i genetycznych. O ile nie mamy wpływu na uwarunkowania genetyczne, to możemy w dużym stopniu kształtować działanie czynników środowiskowych, które składają się na styl życia. Styl życia uwarunkowany jest wieloczynnikowo, wśród których za najważniejsze uważa

się przestrzeganie zaleceń dietetycznych, unikanie używek, aktywność ruchową, umiejętność radzenia sobie ze stresem [1]. Styl życia, a więc podejmowane decyzje oraz zachowania bezpośrednio oddziałują na stan zdrowia, nasilenie czynników ryzyka, a w konsekwencji prawdopodobieństwo rozwoju choroby [2]. W opinii Majchrowskiej „Zachowania zdrowotne są jedną z kategorii zachowań ludzkich, które składają się na styl życia i decydują o jego jakości” [3].

Realizacja zachowań ukierunkowanych na zdrowie nie tylko podczas terapii onkologicznej, ale i w generalnej populacji umożliwiła zachowanie dobrej kondycji psychofizycznej. Dlatego też należy motywować społeczeństwo do regularnego przestrzegania zaleceń prozdrowotnego stylu życia, gdyż jest on najważniejszym czynnikiem warunkującym stan zdrowia jednostki, jak i populacji [4, 5].

Cel pracy

Celem badań była ocena zachowań zdrowotnych i różnic w ich nasileniu wśród osób ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową.

Materiał i metody

Grupę badaną stanowiło 100 osób chorych na nowotwór. Respondenci byli w wieku 21-72 lat, przy czym średnia wieku wyniosła 46,22±12,80 lat. Zdecydowaną większość analizowanej próby (69%) stanowiły kobiety. Niespełna połowa ankietowanych chorowała na nowotwór złośliwy (48%). Średni czas trwania choroby wynosił 2,17±1,81 lat (zakres od 2 miesięcy do 10 lat). U przeważającej większości badanych (85%) nowotwór rozpoznano po raz pierwszy i nie występowały choroby współistniejące (79%). Ankietowani nie byli przeważnie obciążeni chorobą nowotworową w wywiadzie rodzinnym (72%). Chorowali na nowotwór piersi (34%), płuc (13%), macicy (11%), jelita grubego (8%), odbytu (7%), tarczycy (6%), jądra (5%), jajnika (3%), jelita cienkiego (3%), nerek (3%), układu chłonnego (3%), miednicy małej (1%), sromu (1%), ślinianek (1%), trzustki (1%).

Posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankietową. Narzędziem badawczym był Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) autorstwa Zygfryda Juczynskiego. Zbudowany z 24 stwierdzeń kwestionariusz określa charakter podejmowanych zachowań zdrowotnych zaliczanych do czterech kategorii: a) prawidłowe nawyki żywieniowe – rodzaj spożywanej żywności, b) zachowania profilaktyczne – przestrzeganie zaleceń zdrowotnych, uzyskiwanie informacji na temat zdrowia i choroby, c) pozytywne nastawienie psychiczne - poważne traktowanie wskazówek osób wyrażających zaniepokojenie stanem zdrowia, unikanie sytuacji, które wpływają przygnębiająco, unikanie zbyt silnych emocji, stresów i napięć, posiadanie przyjaciół i uregulowane życie rodzinne, pozytywne myślenie, d) praktyki zdrowotne – codzienne nawyki dotyczące aktywności fizycznej, snu, odpoczynku itd.. Twierdzenia opatrzone 5-stopniową skalą Likerta, przybierającą wartości od 1 (prawie nigdy) do 5 (prawie zawsze). Badany może uzyskać 24-120 punktów, przy czym im wyższy wy-

nik, tym większe nasilenie deklarowanych zachowań zdrowotnych [6]. Do narzędzia dołączono autorską metryczkę z pytaniami o czynniki socjo-demograficzne. Badania miały charakter dobrowolny, indywidualny, anonimowy. Zostały przeprowadzone zgodnie z założeniami Deklaracji Helsińskiej. Badanych poinformowano o celu i przebiegu badań. Analizy materiału badawczego dokonano przy użyciu pakietu statystycznego STATISTICA 12 i programu Microsoft Office Excel. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$, wskazujący na istotne statystycznie różnice bądź zależności.

Wyniki

Średni wynik IZZ dla całej badanej grupy wyniósł 78,47±15,80 punktów, co należy uznać za rezultat przeciętny. Najwyższy poziom zachowań zdrowotnych stwierdzono w przypadku podskali Prawidłowe Nawyki Żywieniowe, a najniższy Praktyki Zdrowotne. Uzyskane wyniki przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Rezultat IZZ i jego poszczególnych kategorii

Podskale	M	Me	Q1	Q3	SD
Prawidłowe Nawyki Żywieniowe (PNŻ)	3,36	3,25	2,75	4,00	0,85
Zachowania Profilaktyczne (ZP)	3,34	3,17	2,67	4,00	0,81
Pozytywne Nastawienie Psychiczne (PNP)	3,25	3,17	2,83	3,67	0,65
Praktyki Zdrowotne (PZ)	3,12	3,00	2,67	3,67	0,67
IZZ	78,47	76,00	67,00	91,50	15,80

M – średnia, Me – mediana, SD – odchylenie standardowe, Q1 – dolny kwartył, Q3 – górny kwartył

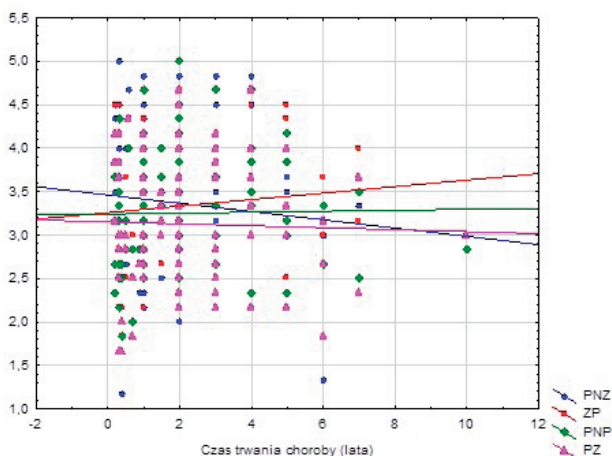
Ankietowani z rozpoznaniem nowotworu miejscowo złośliwego wykazywali nieznacznie bardziej nasilone zachowania zdrowotne w porównaniu z badanymi z nowotworem złośliwym i łagodnym. Zależności te nie były jednak istotne statystycznie ($p > 0,05$) [tabela 2].

Tabela 2. Wyniki kwestionariusza IZZ w zależności od rodzaju nowotworu

Podskale	Miejscowo złośliwy			Łagodny			Złośliwy			Analiza statystyczna	
	M	Me	SD	M	Me	SD	M	Me	SD	H	p
PNŻ	3,53	3,50	0,76	3,26	3,00	0,81	3,41	3,33	0,92	1,84	0,40
ZP	3,67	3,83	0,88	3,16	3,00	0,79	3,41	3,17	0,78	4,18	0,12
PNP	3,44	3,50	0,63	3,26	3,17	0,58	3,19	3,00	0,71	2,30	0,32
PZ	3,44	3,50	0,64	3,14	3,00	0,62	3,03	3,00	0,70	3,50	0,17
IZZ	84,5	81,5	14,36	76,9	73,0	15,73	78,27	77,0	16,16	2,24	0,33

M – średnia, Me – mediana, SD – odchylenie standardowe, H – wartość testu Kruskala-Wallisa, p – istotność statystyczna

Analiza korelacji nie wykazała istotnego związku między czasem trwania choroby nowotworowej, a podejmowaniem zachowań zdrowotnych ($p > 0,05$) (PNŻ $R = -0,04$, $p = 0,66$; ZP $R = 0,10$, $p = 0,31$; PNP $R = 0,08$, $p = 0,66$; PZ $R = -0,01$, $p = 0,31$; IZZ $R = 0,02$, $p = 0,66$) [rycina 1].



Rycina 1. Korelacja między czasem trwania choroby, a zachowaniami zdrowotnymi

Wykazano występowanie istotnej statystycznej zależności między wynikami kategorii ZP kwestionariusza IZZ, a czasem rozpoznania nowotworu ($p = 0,03$). Zachowania sprzyjające zdrowiu znacznie częściej obserwowane były wśród osób, u których miało miejsce wznowienie choroby. W przypadku pozostałych kategorii kwestionariusza IZZ nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic między analizowanymi grupami [tabela 3].

Tabela 3. Wyniki kwestionariusza IZZ w zależności od czasu rozpoznania nowotworu

Podskale	Pierwszy raz rozpoznany			Wznowa			Analiza statystyczna	
	M	Me	SD	M	Me	SD	Z	p
PNŻ	3,32	3,17	0,86	3,61	3,50	0,77	1,35	0,18
ZP	3,27	3,00	0,79	3,73	4,00	0,79	2,13	0,03
PNP	3,22	3,17	0,64	3,41	3,33	0,68	1,01	0,31
PZ	3,10	3,00	0,66	3,28	3,33	0,72	0,96	0,34
IZZ	77,46	74,00	15,76	84,2	81,00	15,29	1,69	0,09

M – średnia, Me – mediana, SD – odchylenie standardowe, Z – wynik testu Z, p – istotność statystyczna

Zauważono, że ankietowani korzystający z badań profilaktycznych osiągnęli nieznacznie lepsze wyniki w obszarze podskali Pozytywne Nastawie Psychiczne. Badani niepoddający się screeningom onkologicznym deklarowali częściej aktywność w zakresie pozostałych podskali i osią-

gnęli lepsze generalne wyniki IZZ. Zależności te nie są jednak istotne statystycznie ($p > 0,05$) [tabela 4].

Tabela 4. Wyniki kwestionariusza IZZ w zależności od korzystania z badań profilaktycznych

Podskale	Tak			Nie			Analiza statystyczna	
	M	Me	SD	M	Me	SD	Z	p
PNŻ	3,27	3,25	0,82	3,41	3,25	0,88	0,53	0,60
ZP	3,17	2,92	0,75	3,43	3,42	0,82	1,35	0,18
PNP	3,29	3,17	0,68	3,23	3,17	0,64	-0,48	0,63
PZ	3,08	3,00	0,61	3,14	3,00	0,70	0,30	0,77
IZZ	76,91	74,50	15,73	79,27	78,50	15,90	0,62	0,54

M – średnia, Me – mediana, SD – odchylenie standardowe, Z – wynik testu Z, p – istotność statystyczna

U około 1/5 badanych zdiagnozowane były choroby współistniejące, wśród których wymieniono m.in. niedoczynność tarczycy (33%), chorobę zwyrodnieniową kręgosłupa (29%), chorobę wrzodową (19%), zaburzenia neurologiczne (14%), nadciśnienie tętnicze (14%), zapalenie pęcherza (5%), astmę (5%) czy alergię (5%). Brak istotnej statystycznej zależności między występowaniem chorób współistniejących, a podejmowaniem zachowań zdrowotnych ($p > 0,05$). Mimo to zaobserwowano, iż ankietowani z wielochorobowością nieznacznie częściej deklarowali zachowania zdrowotne w zakresie Pozytywne Nastawienie Psychiczne i Praktyki Zdrowotne [tabela 5].

Tabela 5. Wyniki kwestionariusza IZZ w zależności od występowania chorób współistniejących

Podskale	Tak			Nie			Analiza statystyczna	
	M	Me	SD	M	Me	SD	Z	p
PNŻ	3,29	3,33	0,91	3,38	3,17	0,84	-0,26	0,80
ZP	3,40	3,17	0,73	3,33	3,17	0,83	0,38	0,71
PNP	3,30	3,00	0,69	3,23	3,17	0,64	0,07	0,94
PZ	3,09	3,00	0,61	3,13	3,00	0,69	-0,15	0,88
IZZ	78,43	77,00	14,87	78,48	76,00	16,13	0,16	0,87

M – średnia, Me – mediana, SD – odchylenie standardowe, Z – wynik testu Z, p – istotność statystyczna

Blisko 1/3 ankietowanych była obciążona chorobą nowotworową w wywiadzie rodzinnym. Na nowotwór wśród bliskich uczestników badania chorowali: ojciec (46%, $n = 13$) mama (36%, $n = 10$), ciotka / wujek (25%, $n = 7$), babcia (14%, $n = 4$), dziadek (14%, $n = 4$), siostra (18%, $n = 5$), brat (7%, $n = 2$). Zauważono, że ankietowani obciążeni chorobą nowotworową w wywiadzie rodzinnym nieznacznie częściej realizowali zachowania w zdrowotne w zakresie Pozytywne Nastawienie Psychiczne i Praktyki Zdrowotne. Zależności te nie są jednak istotne statystycznie ($p > 0,05$) [tabela 6].

Tabela 6. Wyniki kwestionariusza IZZ w zależności od występowania choroby nowotworowej w rodzinie

Podskale	Tak			Nie			Analiza statystyczna	
	M	Me	SD	M	Me	SD	Z	p
PNŻ	3,33	3,33	0,60	3,38	3,17	0,94	-0,06	0,95
ZP	3,35	3,17	0,65	3,34	3,17	0,86	-0,34	0,74
PNP	3,35	3,25	0,64	3,21	3,17	0,65	-0,92	0,36
PZ	3,13	3,00	0,52	3,12	3,00	0,72	-0,17	0,87
IZZ	78,89	79,00	11,56	78,31	74,50	17,24	-0,62	0,53

M – średnia, Me – mediana, SD – odchylenie standardowe, Z – wynik testu Z, p – istotność statystyczna

Szczególnym zainteresowaniem opatrzone zachowania ankietowanych z zakresu PNP, z racji rosnącej częstotliwości występowania zaburzeń psychicznych, jakie pociąga za sobą choroba nowotworowa oraz postrzegania ich, jako jednych z najbardziej przykrych i bolesnych doświadczeń zarówno dla chorego, jak i jego najbliższych. Ponadto odpowiednie nastawienie psychiczne determinuje w dużym stopniu chęć i zaangażowanie w podejmowanie pozostałych zachowań zdrowotnych. W ogólnej ocenie, analizowana próba uzyskała przeciętne rezultaty w kategorii PNP (3,25). Były one znacznie niższe od wyników grupy normalizacyjnej Juczyńskiego (3,84) [6]. Ankietowani osiągnęli najwyższą punktację w twierdzeniach dotyczących posiadania przyjaciół i uregulowanego życia rodzinnego (3,43) oraz pozytywnego myślenia (3,61), najniższą natomiast w przypadku poważnego traktowania wskazówek osób wyrażających zaniepokojenie ich zdrowiem (3,00). Respondenci przeważnie sporadycznie realizowali przedstawione w poniższej tabeli zachowania, z wyjątkiem pozytywnego myślenia, które w znaczącym odsetku towarzyszyło im prawie zawsze lub zawsze [tabela 7].

Tabela 7. Rozkład odpowiedzi na twierdzenia podskali Pozytywne Nastawienie Psychiczne

Twierdzenie	prawie nigdy	rzadko	od czasu do czasu	prawie zawsze	zawsze	średnia
	n	n	n	n	n	
Poważnie traktuję wskazówki osób wyrażających zaniepokojenie moim zdrowiem.	3	27	47	13	10	3,00
Unikam sytuacji, które wpływają na mnie przegnąbiająco.	1	27	44	24	4	3,03
Staram się unikać zbyt silnych emocji, stresów, napięć.	3	16	41	31	9	3,27

Mam przyjaciół i uregulowane życie rodzinne.	2	18	37	21	22	3,43
Unikam takich uczuć, jak gniew, lęk i depresja.	4	19	44	24	9	3,15
Myślę pozytywnie.	5	12	23	37	23	3,61

Dyskusja

Bojakowska i wsp. analizowali zachowania zdrowotne pacjentek przed i po rozpoznaniu choroby nowotworowej. Przed chorobą aż 80% badanych osiągnęło niskie wyniki kwestionariusza IZZ, a po rozpoznaniu choroby wyniki niskie dotyczyły tylko 17,1% badanej grupy. Wskaźnik zachowań zdrowotnych dla ogółu badanych wyniósł średnio 66,23 przed chorobą i 90,5 po rozpoznaniu. Zdaniem badaczy doświadczenia związane z chorobą istotnie wpływają na nasilenie podejmowania zachowań zdrowotnych wśród chorych. Pośród analizowanych kategorii IZZ najgorsze wyniki uzyskano w kategoriach Praktyki Zdrowotne i Prawidłowe Nawyki Żywienniowe. [7]. W badaniach Krukowskiej i Adamczyk pacjentki z chorobą nowotworową piersi prezentowały wysoki poziom zachowań zdrowotnych. Najniższe rezultaty osiągnęły w kategorii Prawidłowe Nawyki Żywienniowe (średnia wyniosła 21,2 pkt). Prezentowały za to wysoki poziom w przypadku pozostałych podskal IZZ. Najwyższe wyniki prezentowały badane chorujące dłużej niż rok i mające chorych na raka piersi w rodzinie. Podobnie jak Bojakowska i wsp. badacze są zdania, iż z powodu doświadczania przykrych przeżyć z związku z chorobą nowotworową pacjentki uświadomiły sobie znaczenie zdrowia i częściej niż wcześniej realizują styl życia sprzyjający zdrowiu [8]. Badane przez Farbicką i wsp. kobiety operowane z powodu raka piersi wykazywały niedostateczną wiedzę na temat zachowań sprzyjających zdrowiu. Największe znaczenie w kreowaniu praktyk zdrowotnych w opinii pacjentek odgrywały media, zaś edukację prowadzoną przez personel medyczny uznały za niewystarczającą. Za największe determinanty zdrowia uważały odpowiednie odżywianie (37%), aktywność fizyczną (32%). Blisko połowa twierdziła, że realizuje działania sprzyjające zdrowiu, a ponad 2/3 poddawało się screeningom onkologicznym [9]. Andruszkiewicz i Oźmińska porównywały zachowania zdrowotne kobiet po mastektomii ze zdrowymi. Pacjentki po operacji znacznie częściej prezentowały zachowania sprzyjające zdrowiu niżeli kobiety zdrowe, jednakże charakteryzowały się przeciętnym ich nasileniem we wszystkich czterech kategoriach IZZ. Wykazywały lepszą kondycję psychiczną, unikały

nadmiernych emocji, napięć, stresów. Były bardziej skłonne do przestrzegania zasad profilaktyki i zaleceń lekarskich [10]. Steinhilper i wsp. także dostrzeli zmiany w podejmowanych zachowaniach zdrowotnych wśród pacjentów onkologicznych przed i po zdiagnozowaniu choroby. W stosunku do okresu przed zachorowaniem poprawie uległ sposób odżywiania się, aktywność fizyczną, spożywanie używek, zwłaszcza palenie tytoniu [11]. Badane przez Kurowską i Kalawską pacjentki prezentowały przeciętny poziom zachowań zdrowotnych. Zachowania Profilaktyczne były najwyższej ocenioną, a Praktyki Zdrowotne najniższej punktowaną kategorią. Najczęściej zachowania zdrowotne deklarowały badane nieobciążone chorobą nowotworową w wywiadzie rodzinnym [12]. Prokopowicz i wsp. stwierdzili nieprawidłowości w zakresie podejmowania zachowań prozdrowotnych wśród kobiet ze stwierdzoną chorobą nowotworową, jak i zdrowych. Nie odnotowano dużych różnic w wynikach obu grup. Jedynie kobiety po przebytym nowotworze częściej poddawały się badaniom profilaktycznym w porównaniu z drugą grupą. Badane uzyskały średnie wartości w kategorii żywienie, zdrowie psychospołeczne i aktywność fizyczna. Z kolei najlepsze wyniki w przypadku dbałości o ciało i zachowania bezpieczeństwa [13]. James i wsp. są zdania, że zdrowa dieta i aktywność fizyczna w największym stopniu warunkują dobrą kondycję psycho-fizyczną osobom leczonym onkologicznie. Zmniejszają prawdopodobieństwo wznowy choroby nowotworowej oraz ryzyko śmierci. W opinii badaczy choroby na nowotwory powinni być specjalnie motywowani do zmiany realizowanego stylu życia w ramach specjalnych programów, jakim jest dla przykładu ENRICH (The Exercise and Nutrition Routine Improving Cancer Health). Program skierowany jest do pacjentów po zakończonym leczeniu i ich bliskich, ze względu że łączą ich te same czynniki ryzyka. Obejmuje 6 dwugodzinnych sesji, podczas których zapoznaje się uczestników z zachowaniami zdrowotnymi z zakresu ruchu i diety, przekazuje informacje dydaktyczne i praktyczne. Udowodniono, że program ENRICH korzystnie wpływa na aktywność fizyczną, masę ciała, BMI i spożycie warzyw przez osoby leczone z powodu wielu różnych nowotworów i ich opiekunów [14]. Według Adamowicz „(...) społeczeństwo nie przykładą wagi do prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań prozdrowotnych, pozytywnego nastawienia psychicznego i praktyk zdrowotnych. Zapewne wynika to nie tylko z braku wiedzy, lecz także z ogólnie pojętego swobodnego stylu życia i stosunkowo łatwego dostępu do używek”. Średnia wartość uzyskana w IZZ wyniosła 71,3 [1]. Sak i wsp. twierdzą, iż psychologiczna aktywizacja chorych oraz umocnienie w nich przekonania o możliwości wpływania na własne zdrowie

spowoduje wyższy poziom zachowań prozdrowotnych [15]. Uczestnicy autorskiej analizy prezentowali wprawdzie przeciętny poziom podejmowania zachowań zdrowotnych uzyskując średnią wartość z IZZ 78,47, jednakże w przypadku podskali Prawidłowe Nawyki Żywieniowe stwierdzono dość wysoki poziom realizowanych zachowań. Z kolei za najniższy należy uznać rezultat kategorii Praktyki Zdrowotne. Realizacja stylu życia sprzyjającego zdrowiu była domeną ankietowanych z rozpoznaniem nowotworu miejscowo złośliwego, u których miało miejsce wznowienie choroby i nie występowały schorzenia współistniejące, korzystających z badań profilaktycznych, obciążonych chorobą nowotworową w wywiadzie rodzinnym.

Choroba nowotworowa odciska silne piętno zarówno w sferze somatycznej, ale i psychicznej chorego. U pacjentów onkologicznych mogą się rozwinąć zaburzenia psychiczne, jak depresja, zaburzenia lękowe, zaburzenia świadomości, psychoorganiczne czy psychotyczne [16]. Rozwój zaburzeń psychicznych, zwłaszcza depresji u chorych onkologicznie spowodować mogą: poczucie zagrożenia życia, zmiany w wyglądzie, niedostateczne wsparcie społeczne, emocjonalne, materialne, ból fizyczny, skutki uboczne terapii, hospitalizacja, utrata samodzielności, niemożność pełnienia dotychczasowych ról społecznych [17]. Shankar i wsp. badali pacjentów onkologicznych na obecność zaburzeń depresyjnych i lękowych. U blisko połowy chorych stwierdzono owe zaburzenia. Wyższy stopień złośliwości nowotworu, występowanie przerzutów, zaawansowanie i długość choroby skutkowały częstszym występowaniem zaburzeń depresyjnych i lękowych. Badacze podkreślają potrzebę ścisłej współpracy między onkologami, a specjalistami zdrowia psychicznego celem poprawy wyników leczenia pacjentów chorych na nowotwór [18]. Rieke i wsp. u blisko 1/5 chorych onkologicznie rozpoznali depresję. Donoszą, iż występowanie zaburzeń psychicznych skutkuje wyższym prawdopodobieństwem zgonu chorych na nowotwór. Podkreślają potrzebę wczesnego rozpoznawania i leczenia depresji u pacjentów onkologicznych, jak i ustanowienie postępowań rutynowej pomocy psychiatrycznej dla pacjentów podczas terapii onkologicznej [19]. Chung i wsp. oceniali częstość występowania i determinanty lęku oraz depresji u koreańskich pacjentów z zaawansowanym rakiem przewodu pokarmowego. Blisko 1/3 chorych odczuwała lęk lub depresję, które przyczyniły się do pogorszenia ogólnego stanu zdrowia, zmęczenia, utraty apetytu [20]. Według Bennett i wsp. zmęczenie psychiczne jest najbardziej powszechnym i niepokojącym objawem zgłaszanym przez pacjentów onkologicznych. Ponadto może nasilać doświadczenia innych objawów, negatywnie wpływać na nastrój, zdolność do

wykonywania codziennych czynności i ogólną jakość życia. Badacze uważają, iż interwencje edukacyjne mogą pomóc chorym z nowotworem poradzić sobie z zaburzeniami psychicznymi, ograniczyć odczuwany niepokój, lęk i poprawić ogólną jakość życia [21]. Sun i wsp. donoszą, iż w Tajwanie wskaźnik popełniania samobójstw, występowania myśli samobójczych i depresji wśród chorych onkologicznie jest wysoki, zwłaszcza zaś u kobiet z nowotworem piersi. Badacze oceniali wpływ ćwiczeń rozluźniających mięśnie na depresję, myśli samobójcze i jakości życia u pacjentów z rakiem piersi otrzymujących chemioterapię. Relaksacja mięśniowa miała pozytywny wpływ na kondycję psychiczną chorych [22]. Powyższe doniesienia potwierdzają Goudarzian i wsp., według których samoopieka w postaci ćwiczeń fizycznych, sesje poradnictwa i psychoterapii mogą zmniejszyć poziom depresji u chorych onkologicznie [23]. Także Liu i wsp. podkreślają zbawienny wpływ aktywności fizycznej na radzenia sobie ze stresem, odczuwanie depresji i jakość życia [24]. Dolińska-Zygmunt odwołuje się do koncepcji poznawczej Taylor, w której bardzo duże znaczenie w radzeniu sobie z chorobą przypisano pozytywnym wzmacnianiu samooceny m.in. zdobywanie informacji o chorobie i metodach terapii, angażowanie się w proces leczenia, zmiana perspektywy postrzegania swojego życia, nadanie głębokiego znaczenia doznawanemu cierpieniu, umocnieniu swojego poczucia kontroli [25]. Dąży się do utrzymania równowagi emocjonalnej, zachowania zadowolającego obrazu siebie, dobrych relacji międzyludzkich, przygotowania na niepewną przyszłość. Owe założenia można osiągnąć poprzez poszukiwanie informacji dotyczących choroby, odwoływanie się do wsparcia emocjonalnego, określenie celów życiowych, poszukiwanie sensu i znaczenia życia [26]. Stan psychofizyczny determinowany jest przez sposób postrzegania świata – optymizm albo pesymizm, odporność na stres, umiejętność rozładowania frustracji i negatywnych emocji, wyrażanie życzliwych uczuć. Wszystkie te zmienne zdaniem Karczewskiego korzystnie wpływają na poziom odporności organizmu [27].

Wśród respondentów Baczewskiej i wsp. odnotowano wysokie nasilenie ducha walki i pozytywnego przewartościowania, jako strategii walki z chorobą. Większość pacjentów była wystraszona swoją sytuacją zdrowotną, obawiała się powrotu choroby lub pogorszenia stanu zdrowia [28]. Grupę badanych przez Smoleń i wsp. cechował wysoki poziom Pozytywnego Nastawienia Psychicznego. Ankietowani osiągnęli wysokie wartości w zakresie uregulowanego życia rodzinnego (4,10), unikania zbyt silnych emocji, stresów i napięć (3,42). Mniej poważnie traktowano wskazówki innych osób zaniepokojonych stanem zdrowia badanych (3,33) [29]. Pacjentki ankietowane przez

Kurowską i Adamczyk także prezentowały wysoki poziom PNP. Najwyżej oceniono posiadanie przyjaciół i uregulowane życie rodzinne (4,67), pozytywne myślenie (4,37), a najniżej unikanie gniewu, lęku i depresji (3,69), zbyt silnych emocji, stresów i napięć (3,56) [30]. Z kolei badane przez Kurowską i Kalawską uzyskały przeciętny poziom PNP. Najlepiej ocenioną kategorią było posiadanie przyjaciół i uregulowane życie rodzinne (4,28) i pozytywne myślenie (3,84). Najgorzej zaś unikanie gniewu, lęku i depresji (3,34) i poważne traktowanie wskazówek osób wyrażających zaniepokojenie zdrowiem badanych (3,17) [12]. W badaniach własnych w ogólnej ocenie analizowana próba uzyskała przeciętne rezultaty w kategorii PNP (3,25). Ankietowani osiągnęli najwyższą punktację w twierdzeniach dotyczących posiadania przyjaciół i uregulowanego życia rodzinnego (3,43) i pozytywnego myślenia (3,61), najniższą natomiast w przypadku poważnego traktowania wskazówek osób wyrażających zaniepokojenie ich zdrowiem (3,00). Respondenci przeważnie sporadycznie realizowali przedstawione w poniższej tabeli zachowania, z wyjątkiem pozytywnego myślenia, które w znaczącym odsetku towarzyszyło im prawie zawsze lub zawsze. Zaprezentowane autorskie rezultaty pokrywają się z wynikami osiągniętymi przez innych badaczy.

Wnioski

1. Większość chorych na nowotwór cechował przeciętny poziom deklarowanych zachowań zdrowotnych. Badani najlepiej ocenieni zostali w kategorii Prawidłowe Nawyki Żywieniowe, a najgorzej Praktyki Zdrowotne.
2. Wystąpiła istotnie statystyczna zależność między wynikami kategorii ZP kwestionariusza IZZ, a czasem rozpoznania choroby. Zachowania sprzyjające zdrowiu znacznie częściej obserwowane były wśród osób, u których miało miejsce wznowienie choroby.
3. Większość zachowań zdrowotnych nie różniło się istotnie w zależności od rodzaju nowotworu, czasu trwania choroby, korzystania z badań profilaktycznych, występowania chorób współistniejących, przypadków choroby w rodzinie.

Piśmiennictwo

1. Adamowicz K. Ocena wiedzy w zakresie chorób nowotworowych oraz wybranych zachowań sprzyjających zdrowiu wśród chorych na zaawansowanego, przerzutowego raka płuca w trakcie chemioterapii. *Psychoonkologia*. 2016; 20(2): 84–89.
2. Juczyński Z. Narzędzia pomiarów w psychologii zdrowia. *Prz Psychol*. 1999; 42(4): 43–56.
3. Majchrowska A. Zachowania zdrowotne – aspekty socjologiczne. W: Majchrowska A (red.). *Wybrane elementy socjologii*. Lublin: Wyd. Czelej; 2003. 293–325.

4. Głowacka MD, Kwapisz U, Frankowska A. Wybrane elementy stylu życia i problemy zdrowotne osób po 50. roku życia. *Zdr Publ.* 2011; 121: 135-140.
5. Stopecka A, Cieślak A. Zachowania zdrowotne – wybrane definicje. *Stud Med.* 2011; 24(4): 77-81.
6. Juczyński Z. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych. W: Juczyński Z (red.). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia.* Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2012. 110–116.
7. Bojakowska U, Kalinowski P, Kowalska ME. Ocena wybranych zachowań zdrowotnych przez i po zdiagnozowaniu choroby wśród kobiet z nowotworem piersi w oparciu o Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Juczyńskiego – badanie wstępne. *J Educ Health Sport.* 2016; 6(5): 29-37.
8. Krukowska K, Adamczyk I. Rola wsparcia i zachowań zdrowotnych w zmaganiu się kobiet z rakiem piersi. *Curr Gynecol Oncol.* 2014; 12(4): 278-289.
9. Farbicka P, Nowicki A, Krzemkowska E. Wiedza o zachowaniach prozdrowotnych i chorobie kobiet operowanych z powodu raka piersi. *Piel Zdr Publ.* 2016; 6(2): 119–126.
10. Andruszkiewicz A, Oźmińska A. Zachowania zdrowotne kobiet po mastektomii. *Ann Acad Med Siles.* 2005; 59: 298–301.
11. Steinhilper L, Geyer S, Sperlich S. Health behavior change among breast cancer patients. *Int J Publ Health.* 2013; 58: 603–613.
12. Kurowska K, Kalawska H. Zachowania zdrowotne a umieszczenie kontroli zdrowia u kobiet po mastektomii. *Curr Gynecol Oncol.* 2013; 11(2): 115–124.
13. Prokopowicz K, Prokopowicz G, Molik B, Kozdroń E. Ocena wybranych zachowań zdrowotnych kobiet po przebytej terapii nowotworu piersi. *Post Rehabil.* 2015; 3: 5-12.
14. James EL, Stacey FG, Chapman K, Boyes AW, Burrows T, Girgis A, et al. Impact of a nutrition and physical activity intervention (ENRICH: Exercise and Nutrition Routine Improving Cancer Health) on health behaviors of cancer survivors and carers: a pragmatic randomized controlled trial. *BMC Cancer.* 2015; 15: 710.
15. Sak J, Wiecheteł M, Mosiewicz J, Sagan D, Prystupa A, Jarosz M, i wsp. Percepcja własnej choroby a poczucie sensu życia – badanie osób hospitalizowanych. W: Janowski K, Gierus J (red.). *Człowiek chory – aspekty biopsychospołeczne.* Tom 1. Lublin: Centrum Psychologii i Pomocy Psychologicznej; 2009. 322–333.
16. Rolińska A, Furmaga O, Kwaśniewski W, Makara-Studzińska M. Zaburzenia psychiczne w przebiegu choroby nowotworowej. *Curr Probl Psychiatri.* 2011; 12(4): 546-549.
17. Ohnishi H. Mental distress in cancer patients. *Masui.* 2011; 60(9): 1024-31.
18. Shankar A, Dracham C, Ghoshal S, Grover S. Prevalence of depression and anxiety disorder in cancer patients: An institutional experience. *Indian J Cancer.* 2016; 53(3): 432-434.
19. Rieke K, Schmid KK, Lydiatt W, Houfek J, Boilesen E, Watanabe-Galloway S. Depression and survival in head and neck cancer patients. *Oral Oncol.* 2017; 65: 76-82.
20. Chung J, Ju G, Yang J, Jeong J, Jeong Y, Choi MK, et al. Prevalence of and factors associated with anxiety and depression in Korean patients with newly diagnosed advanced gastrointestinal cancer. *Korean J Intern Med.* 2017 Feb 14. doi: 10.3904/kjim.2016.108.
21. Bennett S, Pigott A, Beller EM, Haines T, Meredith P, Delaney C. Educational interventions for the management of cancer-related fatigue in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Nov 24. doi: 10.1002/14651858.CD008144.pub2.
22. Sun FK, Hung CM, Yao Y, Lu CY, Chiang CY. The Effects of Muscle Relaxation and Therapeutic Walking on Depression, Suicidal Ideation, and Quality of Life in Breast Cancer Patients Receiving Chemotherapy. *Cancer Nurs.* 2016 Dec 5. doi: 10.1097/NCC.0000000000000458.
23. Goudarzian AH, Bagheri Nesami M, Zamani F, Nasiri A, Beik S. Relationship between Depression and Self-care in Iranian Patients with Cancer. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2017; 18(1): 101-106.
24. Liu Z, Zhang L, Shi S, Xia W. Objectively Assessed Exercise Behavior in Chinese Patients with Early-Stage Cancer: A Predictor of Perceived Benefits, Communication with Doctors, Medical Coping Modes, Depression and Quality of Life. *PLoS One.* 2017; 12(1): e0169375.
25. Dolińska-Zygmunt G. Psychologiczne aspekty chorób nowotworowych. W: Dolińska-Zygmunt G (red.). *Podstawy psychologii zdrowia.* Wrocław: Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego; 2001. 45-61.
26. Krawczyk AM. Korelaty przystosowania psychicznego do choroby jako wyznacznika jakości życia u pacjentów z nowotworami płuc. *Psychoonkologia.* 2016; 20(2): 66–74.
27. Karczewski JK. *Higiena.* Lublin: Wyd. Czelej; 2002.
28. Baczeńska B, Kropornicka B, Mazurek P, Block B, Krzyżanowska E, Łuczyc R, i wsp. Strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową w okresie chemioterapii. *J Educ Health Sport.* 2016; 6(11): 205-220.
29. Smoleń E, Gazdowicz L, Żyłka-Reut A. Zachowania zdrowotne osób starszych. *Pielęg XXI w.* 2011; 3(36): 5-9.
30. Kurowska K, Adamczyk I. Rola wsparcia i zachowań zdrowotnych w zmaganiu się kobiet z rakiem piersi. *Curr Gynecol Oncol.* 2014; 12(4): 278–289.

Zaakceptowano do edycji:
Zaakceptowano do publikacji:

Adres do korespondencji:

Olga Dąbska
Gózd Lipiński 49A,
23-425 Biszczka
tel.: 511413167;
e-mail: olga49a@wp.pl