

Značilnosti spoprijemanja in čustveni problemi v povezavi s kvaliteto življenja na slovenskem vzorcu onkoloških bolnikov

*Tanja Žagar**

Onkološki inštitut Ljubljana, Oddelek za akutno paliativno oskrbo

Povzetek: Namen raziskave je bil opredeliti strategije soočanja in čustvene probleme v luči kvalitete življenja onkoloških bolnikov. V raziskavi je sodelovalo 70 bolnikov, ki so bili obravnavani ambulantno in hospitalno, v začetni fazi bolezni. Udeleženci so izpolnili Vprašalnik spoprijemanja s stresom CRI (Coping Response Inventory; Moos, 1990), Vprašalnik kvalitete življenja QOLQ-30 (Quality of Life Questionnaire; European Organization for research and treatment of Cancer, 2001), Vprašalnik anksioznosti kot stanja STAI-1 (State Trait Anxiety Inventory; Spielberg, 1970) in Lestvico depresivnosti - krajša verzija BDI-SH (Beck Depression Inventory; Beck in Steer, 1993). Rezultati so pokazali, da bolniki, ki v večji meri uporabljajo aktivne strategije spoprijemanja, poročajo o manjši čustveni stiski in posledično višji kvaliteti življenja. Opredelitev strategij soočanja, ki jih bolniki uporabljajo pri soočanju z različnimi čustvenimi problemi, povezanimi z boleznijo, je novost pričujoče raziskave na slovenskem vzorcu onkoloških bolnikov. Učinkovito prepoznavanje stiske in prepoznavna strategij soočanja ter vzpodbujanje učinkovitih strategij soočanja z boleznijo z različnimi specifičnimi, na bolnika usmerjenimi intervencijami, prinašajo dobrobiti za bolnika, njegovo družino in zdravstveno osebje, ki se trudi nuditi kakovostno oskrbo.

Ključne besede: anksioznost, depresivnost, strategije soočanja, z zdravjem povezana kvaliteta življenja

Coping and Emotional Distress in Relation to Health – related Quality of Life in Slovene Patients with Cancer

*Tanja Žagar**

Institute of Oncology Ljubljana, Ward for Acute Palliative Care, Slovenia

Abstract: Managing emotional distress triggers different coping strategies for coping with stress in cancer patients. Effective coping affects health – related quality of life and psychosocial adaptation. This study was performed to determine coping strategies, and their connectedness to emotional distress (anxiety and depression) and health – related quality of life in cancer patients. Study was carried out on 70 cancer patients, in inpatient and outpatient setting. Depressive symptoms were measured with Beck Depression Inventory BDI-SH, anxiety with State Trait Anxiety Inventory STAI-1, coping strategies with Coping Response Inventory CRI and health – related quality of life with Quality of Life Questionnaire QOLQ-30. A negative, statistically important relationship was found between active strategies, emotional distress and quality of life. Recognition of emotional distress and ways of coping in cancer patients are important for quality of health care.

Key words: anxiety, depression, coping strategies, health related quality of life

CC = 3300

*Naslov/Address: Tanja Žagar, univ. dipl. psih., Onkološki inštitut Ljubljana, Oddelek za akutno paliativno oskrbo, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, Slovenija, e-mail: tanci.zagar@gmail.com

Uvod

Bolniki z rakom se soočajo s številnimi stresorji, povezanimi z diagnozo, samo boleznijo in zdravljenjem. Ti stresorji sprožijo uporabo različnih strategij soočanja, ki vplivajo na duševno zdravje bolnika in splošno kvaliteto življenja (Deimling, Wagner in Bowman, 2006). Diagnoza in zdravljenje raka vplivata na bolnikovo življenje ter na življenje bolnikove družine na različnih področjih, kot so: vsakdanje aktivnosti, delo, odnosi in družinske vloge; bolezen je povezana z visoko stopnjo psihičnega stresa, ki se najpogosteje kaže kot anksioznost in/ali depresivnost (Vachon, 2009).

Anksioznost je definirana kot neprijetna subjektivna izkušnja, povezana z zaznavanjem resničnosti ali namišljene grožnje in je pogost simptom v povezavi z rakom (Massie, 1998). Večinoma je povezana z negotovostjo glede diagnoze, s pomanjkanjem socialne in osebne kontrole, z napredovanim telesnim propadanjem in mislimi o bližnji smrti (Grassi in Travado, 2008). Predhodne študije so pokazale različne nivoje anksioznosti pri bolnikih z različnimi vrstami raka (Vachon, 2009; Grassi in Travado, 2008).

Depresivnost je najpogostejši čustveni problem pri bolnikih z rakom in pogosto jo lahko uspešno zdravimo. Raziskave kažejo, da sta pri onkoloških bolnikih tako depresivnost kot anksioznost štirikrat pogostejši kot v celotni populaciji (Grassi in Travado, 2008). Vendar je depresivnost težko diagnosticirati in jo lahko spregledamo (Grassi in Travado, 2008). Raziskave so pokazale povezave med čustveno stisko in nižjo kvaliteto življenja (Franks in Roesch, 2006). Kar nekaj študij je raziskovalo povezavo med stili soočanja in depresivnostjo in ugotovilo negativno povezanost med aktivnimi stili soočanja ter depresivnimi simptomi (Walker, Zona in Fisher, 2006).

Soočanje je opredeljeno kot način posameznikovega odziva in vedenja na stresne dogodke (Lazarus, 1993). Soočanje ima dve pomembni funkciji, ki vključujeta obvladovanje problemskih situacij (na problem usmerjene strategije) ter obvladovanje čustev (na čustva usmerjene strategije) (Lazarus, 1993). Strategije soočanja pogosto preučujemo glede na njihovo učinkovitost. Učinkovite strategije soočanja ublažijo/olajšajo problem in zmanjšajo čustveno stisko. Neučinkovito pasivno soočanje največkrat poslabša in stopnjuje resnost problema (Lazarus, 1993).

Različni raziskovalci v svojih študijah poročajo, da je uporaba neučinkovitih strategij soočanja pri onkoloških bolnikih povezana z višjo stopnjo anksioznosti in depresivnosti (Schou, Ekeberg in Ruland, 2005).

Hopwood in Stephens (2000) sta v svoji študiji zajela bolnike s pljučnim rakom in ugotovila, da je funkcionalno poslabšanje pomemben rizični faktor za depresijo. Staranje je povezano tako s povečanjem fizioloških disfunkcij, fizičnih nezmožnosti in številnih komorbidnih stanj kot tudi z zmanjšanjem zmožnosti za prilagajanje in z neposredno bližino smrti, zato je pri starejših odraslih pričakovati povečano ranljivost za psihično stisko.

Ugotovitve nekaterih drugih raziskav (Massie, 1998; Kurtz idr., 2002) pa so ravno obratne in raziskovalci poročajo, da je prilagoditev starejših ravno tako dobra ali celo boljša kot pri mlajših bolnikih.

Način soočanja z rakom ter izražanje čustvene stiske se razlikujeta tudi glede na spol. M. Loscalzo (cit. v Volkers, 1999) poroča, da v času največjega stresa ženske želijo več pogovora o bolezni kot moški; želijo deliti svoja čustva in občutke v večji meri kot moški (Volkers, 1999). Pri nudenju opore moškim bolnikom je potrebno prepoznati in opredeliti problem

ter napraviti določen načrt za nadaljnje spoprijemanje z boleznijo, da se počutijo koristne v svojem okolju in da nimajo občutka, da so v breme družini, v primerjavi z ženskami, ki pri soočanju največkrat uporabijo svojo široko socialno mrežo (Volkers, 1999).

Do različnih rezultatov v raziskavah glede načinov soočanja prihaja tudi zaradi uporabe različnih instrumentov (vprašalnikov), ki so manj veljavni, navadno ne upoštevajo razlik med spoloma ali starostnih razlik. Npr. depresivnost in anksioznost moškim in ženskam ne pomenita istih stvari. Ženske poročajo, da sta za dobro kvaliteto življenja pomembna psihično blagostanje in fizična sposobnost, medtem ko so moški poročali, da so za dobro kvaliteto življenja najpomembnejši vitalnost in osebni viri pomoči (Volkers, 1999). Kvaliteta življenja na področju zdravja (angl. *health-related quality of life*) je opredeljena kot večdimenzionalen koncept, ki vsebuje posameznikov občutek, ki je povezan z boleznijo oz. zdravljenjem, in telesno ter psihološko funkcioniranje, t. j. funkcionalna zmogljivost, socialno in kognitivno funkcioniranje (Schou, Ekeberg in Ruland, 2005).

S strani zdravniškega tima sta prepoznava čustvenih problemov in identifikacija različnih strategij glede učinkovitosti za prilagoditev bolnika na bolezen pomembni za uvedbo morebitne dodatne psihološke podpore in izboljšanja kakovosti življenja pri bolnikih z rakom v optimalnem času (Vachon, 2009). Za zmanjševanje čustvene stiske in vzpodbujanje pozitivnih čustvenih stanj (upanje, humor ipd.) se v zadnjem času tudi v Sloveniji pogosto uporablja vedenjsko-kognitivna terapija (Greer, 2008).

Posamezniki prilagajajo strategije za soočanje z boleznijo glede na kontekst, predhodne izkušnje in svojo osebnost, govorimo o soočanju kot procesu (Franks in Roesch, 2006). Zato ni smiselno deliti strategij soočanja na dobre in slabe oz. na učinkovite in neučinkovite, kajti rezultati novejših raziskav (Franks in Roesch, 2006; Holahan in Moos, 1987) so pokazali, da se aktivne strategije ter strategije izogibanja oz. na problem in na čustva usmerjene strategije soočanja prekrivajo. Namesto ostre delitve strategij se je smiselno vprašati, ali specifična, določena strategija ustreza posamezniku v danem kontekstu. Zato smo se v pričujoči študiji osredotočili izključno na značilnosti soočanja z boleznijo na kliničnem vzorcu udeležencev, in sicer na vzorcu onkoloških bolnikov v Sloveniji. Osrednji problem raziskave je bil (1) opredeliti, katere od strategij spoprijemanja z boleznijo se povezujejo z anksioznostjo in depresivnostjo ter s kvaliteto življenja.

Nadalje nas je zanimalo (2), ali se v našem vzorcu uporaba strategij ter kvaliteta življenja razlikujejo glede na spol in starost.

Glede na predhodne raziskave, ki so se ukvarjale s povezavo kroničnih bolezni in z načinom soočanja ter z njihovo povezanostjo s psihološko prilagoditvijo na bolezen (Dunkel-Schetter idr., 1992; Franks in Roesch, 2006), smo predpostavljali negativno povezanost aktivnih strategij soočanja (iskanje socialne opore, reševanje problemov, logična analiza in ponovna pozitivna ocena) z anksioznostjo in depresivnostjo ter pozitivno povezanost teh strategij s splošno kvaliteto življenja na področju zdravja.

V času največjega stresa ženske želijo več pogovora o bolezni kot moški; svoja čustva in občutke želijo deliti v večji meri kot moški (Volkers, 1999). Moški vidijo pogovor s strokovnjakom bolj kot možnost izmenjave informacij v zvezi z boleznijo (Volkers, 1999). Na osnovi teh podatkov smo predvidevali, da se bo uporaba strategij spoprijemanja z boleznijo v našem vzorcu razlikovala glede na spol, in sicer bodo ženske v večjem obsegu uporabljale aktivne strategije soočanja, kot so iskanje socialne opore in iskanje dodatnih informacij ter posledično s tovrstnim načinom soočanja (deljenje svojih čustev) poročale o višji kvaliteti življenja v primerjavi z moškimi.

Model prilagoditvenih strategij upravljanja z življenjem (Freund in Baltes, 2002) pravi, da so strategije, s katerimi se posamezniki prilagajajo na spreminjajoče se pogoje življenja (med katere spada tudi kronična bolezen), najbolj izražene in jih odrasli najučinkoviteje uporabljajo v obdobju srednje odraslosti, t. j. 40/45 do 65 let (Freund in Baltes, 2002). Tudi druge študije (Greimel idr., 1997; Hopwood in Stephens, 2000; Link idr., 2005;) navajajo pomen predhodnih izkušenj z boleznijo in starost kot dejavnika učinkovitejšega soočanja z boleznijo. Zato smo predvidevali, da bodo v starostni skupini 45 do 65 let bolniki uporabljali več strategij soočanja kot v ostalih dveh starostni skupinah ter posledično poročali o višji kakovosti življenja.

Metoda

Udeleženci

Vzorec je sestavljen iz 70 udeležencev, ki so prejeli onkološko zdravljenje v obdobju 2008-2011. Vključitveni kriteriji so bili: starost več kot 18 let, odsotnost terminalne faze bolezni in najmanj 4 meseci po prvi diagnozi ter informirano soglasje. Sodelovalo je 39 moških in 31 žensk. Udeleženci so bili razdeljeni v tri starostne skupine, in sicer: 30 do 45 let: deset oseb (osem moških, dve ženski); 45 do 65 let: 28 oseb (16 moških in 12 žensk); 65 do 80 let: 32 oseb (15 moških in 17 žensk).

Podatki so bili zbrani na Onkološkem inštitutu v Ljubljani. Bolniki so bili predhodno seznanjeni z informacijami v zvezi s študijo in s prostovoljnostjo udeležbe ter izstopa, v kolikor bi želeli. Raziskavo je odobrila Etična komisija Onkološkega inštituta v Ljubljani. V raziskavi smo sledili etičnim načelom testiranja v psihologiji.

Pripomočki

Testna baterija je vsebovala Vprašalnik o demografskih podatkih in podatkih o boleznih, Vprašalnik spoprijemanja s stresom CRI (Coping Response Inventory; Moos, 1990), Vprašalnik kvalitete življenja QOLQ-30 (Quality of Life Questionnaire), Vprašalnik anksioznosti kot stanja STAI-1 (State Trait Anxiety Inventory), Lestvico depresivnosti -krajša verzija BDI-SH (Beck Depression Inventory).

Prvi od instrumentov, ki smo ga uporabili v raziskavi, meri različne odzive/strategije soočanja s stresom (Coping Response Inventory CRI; Moos, 1990). Sestavlja ga 48 postavk, razdeljenih v 8 podlestv, in sicer: kognitivne strategije soočanja/strategije približevanja (logična analiza in ponovna pozitivna ocena); kognitivne strategije soočanja/strategije izogibanja (kognitivno izogibanje in sprejemanje ali resignacija), vedenjske strategije soočanja/strategije približevanja (iskanje vodstva in podpore in aktivno reševanje problemov) ter vedenjske strategije/strategije izogibanja (iskanje nadomestnih nagrad in čustveno olajšanje). Udeleženec oceni način soočanja na lestvici od *nikoli* (0) do *precej pogosto* (3). Za vsako podlestvico je minimalno število točk 0, maksimalno pa 18. Višji je rezultat pri strategijah približevanja (logična analiza, ponovna pozitivna ocena, iskanje podpore in reševanje problemov), boljši je repertoar soočanja pri posamezniku. Primeren je za odrasle v splošni in klinični populaciji.

V okviru preverjanja veljavnosti vprašalnika CRI je bila ugotovljena ustrezna stopnja konstruktne veljavnosti (Milne, 1992). Zanesljivost vprašalnika na slovenski populaciji (Masten, Tušak in Zihlerl, 2003) je ustrezna ($,80 < \alpha < ,92$). V drugi raziskavi, opravljeni na slovenskem vzorcu (Krivec, 2005), so se koeficienti zanesljivosti gibali v intervalu od $,78$ do $,87$. Koeficient zanesljivosti na vzorcu pričujoče raziskave je znašal $\alpha = ,76$.

Lestvica anksioznosti (State Trait Anxiety Inventory STAI-X-1; Spielberg, 1970) meri anksioznost kot trenutno emocionalno stanje posameznika. Vsebuje 20 postavk. Udeleženec ocenjuje postavke na 4-stopenjski ocenjevalni lestvici, na kateri mora označiti, kako pogosto se je v zadnjem mesecu počutil tako, kot opisuje posamezna postavka (1 – *skoraj nikoli*; 2 – *včasih*; 3 – *pogosto* ali 4 – *skoraj vedno*). Možen razpon rezultatov je od 20 do 80. Visoko število točk pomeni visoko izraženo anksioznost. Zanesljivost vprašalnika na slovenskem vzorcu študentov psihologije je bila izračunana kot notranja konsistentnost in je znašala okoli $,87$ ($\alpha = ,87$). V pričujoči raziskavi je zanesljivost lestvice znašala $\alpha = ,72$.

Z lestvico depresivnosti (Beck Depression Inventory - Short Form BDI, Beck in Steer, 1993) ocenjujemo kognitivne in afektivne znake depresivnosti. Lestvica obsega 13 postavk in pokriva naslednje znake depresivnosti: žalost, pesimizem, občutek neuspeha, nezadovoljstvo, občutek krivde, razočaranje nad seboj, samomorilne misli, umik iz družbe, neodločnost, spremembo v dojemanju lastnega telesa, pomanjkanje energije, utrudljivost, izgubo teka. Pri vsaki skupini oseba izbira med štirimi možnimi trditvami. Odgovore vrednotimo z nič, eno, dvema ali tremi točkami. Če oseba obkroži dva odgovora, upoštevamo tistega, ki je ocenjen z večjim številom točk (Rečnik, 2003).

Najnižji možni seštevek točk je 0, najvišji pa 39. Rezultat šest točk in več pomeni prisotnost depresivnosti (Rečnik, 2003). Slovenskih norm za Beckovo lestvico depresivnosti še nimamo; na podlagi podatkov, zbranih pri kliničnem delu v obravnavi bolnikov z rakom, je na vzorcu 123 oseb Cronbachov α znašal $,89$ (Žagar, 2009; neobjavljeno gradivo). V pričujoči raziskavi je zanesljivost lestvice znašala $\alpha = ,77$.

Vprašalnik za merjenje kvalitete življenja na področju zdravja (European Organization for Research and Treatment of Cancer - Quality of Life Questionnaire - EORTC QLO-C30, 1995, 1999, 2001) je razvila Evropska organizacija za raziskavo in zdravljenje raka (Aaronson, Ahmedzai in Bergman, 1993). Vprašalnik QLQ-30 je bil razvit za oceno kakovosti življenja bolnikov z rakavim obolenjem in to ne glede na vrsto slednjega. Trenutno je v uporabi verzija 3.0 vprašalnika. Sestavljen je iz 30 vprašanj, ki jih lahko združimo v pet funkcionalnih področij (fizična funkcija, funkcionalna zmogljivost, emocionalna funkcija, kognitivna funkcija in socialna funkcija), tri lestvice simptomov (utrujenost, bolečina in gastrointestinalni simptomi) ter šest lestvic, sestavljenih iz posameznih dodatnih postavk: težko dihanje, nespčnost, izguba apetita, zaprtje, driska, finančne težave zaradi bolezni. V mednarodni validacijski študiji, v kateri je sodelovala tudi Slovenija (Aaronson in dr., 1993), je bila izračunana zanesljivost posameznih lestvic $\alpha \geq ,70$. Tako zanesljivost kot veljavnost sta bili v študiji visoko konsistentni v treh jezikovnih skupinah (angleško govoreče države, države Severne in države Južne Evrope).

V pričujoči raziskavi je zanesljivost lestvice znašala $\alpha = ,75$.

Postopek

Preizkušanje je potekalo individualno. Reševanje vprašalnikov je potekalo povprečno 45 minut. Raziskovalec je bil v primeru morebitnih potrebnih dodatnih pojasnil v prostoru z

osebo, ki je izpolnjevala vprašalnik. Pri ambulantnih bolnikih smo podatke zbirali v dopoldanskem času, po opravljenem pregledu pri lečečem zdravniku, pri hospitalnih bolnikih pa v popoldanskem času na oddelku ob bolniški postelji ali v oddelčni ambulanti oziroma prostoru, namenjenemu pogovoru. Osem bolnikov je sodelovanje zavrnilo zaradi utrujenosti, dva pa zaradi nezanimanja za raziskavo.

Rezultati

Za ugotavljanje povezanosti načinov spoprijemanja z anksioznostjo, depresivnostjo in kvaliteto življenja smo izračunali Pearsonov koeficient korelacije (tabela 1). Za ugotavljanje razlik med moškimi in ženskami v vzorcu smo izračunali t-test (tabela 2). V tabeli 3 pa so prikazane razlike v uporabi strategij soočanja ter kvaliteti življenja glede na tri starostne skupine v vzorcu.

Tabela 1. Povezanost strategij soočanja z anksioznostjo, depresivnostjo in kvaliteto življenja.

	Anksioznost	Depresivnost	Kvaliteta življenja
Logična analiza	-,25 *	-,18	,28*
Ponovna pozitivna ocena	-,26 *	-,21	,37**
Iskanje podpore	-,00	-,00	,16
Reševanje problemov	-,19	-,22	,29*
Kognitivno izogibanje	,36 **	,57**	-,26*
Sprejemanje/resignacija	,33**	,44**	-0,30*
Nadomestna nagrada	-,31 **	-,07	,02
Čustveno olajšanje	-,33**	,00	,14

Opomba: $N = 70$. * $p < ,05$; ** $p < ,01$.

Logična analiza, ponovna pozitivna ocena, nadomestna nagrada in čustveno olajšanje se statistično pomembno negativno povezujejo z anksioznostjo.

Kognitivno izogibanje in resignacija se statistično pomembno pozitivno povezujejo z depresivnostjo. S kvaliteto življenja se statistično pomembno negativno povezujejo strategija »kognitivno izogibanje« in statistično pozitivno »logična analiza, »ponovna pozitivna ocena« in »reševanje problemov«.

Uporaba načinov spoprijemanja ob čustveni stiski zaradi bolezni ter posledično kvaliteta življenja pri bolnikih z rakom je različna glede na spol in starost, zato smo v nadaljevanju ločili podatke o uporabi različnih strategij spoprijemanja glede na spol (tabela 2). Izračunali smo ali se različne starostne skupine znotraj našega vzorca razlikujejo v uporabi različnih strategij spoprijemanja z boleznijo ter v kvaliteti življenja (tabela 3).

Tabela 2. Deskriptivne statistike in pomembnost razlik v uporabi strategij soočanja in kvaliteti življenja glede na spol.

	Moški (N = 39)		Ženske (N = 31)		t - test	p
	M	SD	M	SD		
Logična analiza	46,21	12,26	49,00	11,04	-0,74	,45
Ponovna pozitivna ocena	45,97	9,16	50,24	8,39	-1,53	,13
Iskanje podpore	47,71	9,59	57,71	7,31	0,64	,001
Reševanje problemov	51,04	14,32	56,59	9,94	-0,55	,16
Kognitivno izogibanje	49,54	11,86	56,47	10,76	-2,80	,01
Sprejetje	43,21	6,78	43,94	7,06	-2,80	,01
Nadomes tna nagrada	53,00	8,44	60,35	8,46	-3,85	,00
Čustveno olajšanje	48,38	8,68	53,82	7,83	-2,67	,05
Kvaliteta življenja	51,00	18,89	40,05	15,27	2,62	,01

Opombe: $p < ,05$; $df = 68$.

Skupini se razlikujeta v uporabi strategij iskanje podpore, kognitivno izogibanje, nadomestna nagrada in čustveno olajšanje, in sicer ženske uporabljajo te strategije v večji meri kot moški. Moški pa v večji meri poročajo o boljši kvaliteti življenja, povezani z zdravjem kot ženske.

Tabela 3. Deskriptivne statistike in pomembnost razlik v uporabi strategij soočanja in kvaliteti življenja glede na kronološko starost.

	30 - 45 let	45 - 65 let	65 - 80 let	F(1, 68)	p
	M±SD	M±SD	M±SD		
Logična analiza	49,14±11,06	49,14±11,06	49,14±11,06	1,75	,187
Ponovna pozitivna ocena	57,20±8,15	46,39±8,58	47,73±7,56	6,49	,002
Iskanje podpore	52,07±9,63	52,07±9,63	52,07±9,63	1,25	,298
Reševanje problemov	55,00±13,33	55,00±13,33	55,00±13,33	0,636	,535
Kognitivno izogibanje	52,36±12,40	52,36±12,40	52,36±12,40	0,581	,564
Sprejemanje/resignacija	43,00±7,65	43,00±7,65	43,00±7,65	0,421	,659
Nadomestna nagrada	61,00±7,39	57,18±9,80	52,18±7,56	4,379	,016
Čustveno olajšanje	57,00±10,00	51,79±8,01	47,45±8,05	4,652	,013
Kvaliteta življenja	61,66±11,91	56,41±12,64	57,69±15,39	5,124	,008

Starostne skupine se razlikujejo v uporabi strategij: ponovna pozitivna ocena, nadomestna nagrada, čustveno olajšanje, razlikujejo pa se tudi v kvaliteti življenja. Starostna skupina od 30–45 let v večji meri kot ostali dve starostni skupini uporablja strategije ponovna pozitivna ocena, nadomestna nagrada in čustveno olajšanje ter poroča o višji kvaliteti življenja, povezani z zdravjem kot ostali dve starostni skupini; starostna skupina 45–65 let v manjši meri uporablja strategijo ponovna pozitivna ocena kot ostali dve skupini; starostna skupina 65–80 let manjši meri uporablja nadomestno nagrado in čustveno olajšanje kot mlajši starostni skupini.

Razprava

Prispevek pričujoče raziskave je predvsem v prepoznavi čustvenih problemov in najpogosteje uporabljenih strategij za zmanjšanje psihične stiske, ki nastane kot posledica bolezni pri bolnikih z rakom. V Sloveniji je zelo malo podatkov na to temo, zato pričujoča študija predstavlja vpogled v prepoznavo rizičnih bolnikov za visoko stopnjo čustvene stiske in opredelitev neučinkovitih strategij soočanja, ki jih uporabljajo ti bolniki za spoprijemanje z boleznijo, kar je pomembno za uvedbo različnih intervencij, kot so npr. učenje tehnik sproščanja, vzpodbujanje pozitivnih čustvenih stanj (upanje, veselje ob drobnih dogodkih, kot so npr. sončen dan, praznik z družino in podobno), vzpodbujanje uporabe učinkovitejših načinov soočanja.

Čustveni problemi, nastali zaradi bolezni, lahko spremenijo posameznikov način soočanja in posledično tudi njegovo subjektivno blagostanje (Friedman idr., 2006). Vsekakor vsak posameznik teži k zmanjšanju čustvene stiske, pri čemer se poslužuje različnih strategij soočanja (Friedman idr., 2006).

Kar nekaj študij je raziskovalo povezavo med stili soočanja in depresivnostjo in ugotovilo negativno povezanost med aktivnimi stili soočanja ter depresivnimi simptomi (Walker, Zona in Fisher, 2006). Tudi v našem vzorcu smo deloma potrdili ugotovitve predhodnih raziskav. Pričakovali smo, da se bodo v našem vzorcu strategije približevanja oz. aktivne strategije soočanja (logična analiza, ponovna pozitivna ocena, iskanje podpore in reševanje problemov) statistično negativno povezovala z anksioznostjo in depresivnostjo in pozitivno povezovala s kvaliteto življenja. Rezultati so deloma potrdili našo predpostavko, in sicer so se statistično negativno z anksioznostjo povezovali logična analiza in ponovna pozitivna ocena, kar pomeni, da je strukturirano analiziranje in ukvarjanje z različnimi možnostmi pristopa k bolezni ter ponovno iskanje smisla v bolezni, zmanjšalo anksioznost pri bolnikih v našem vzorcu. Med aktivnimi strategijami soočanja in depresivnostjo ni prišlo do statistično pomembnih povezav. Razmišljanje o bolezni (kognitivno izogibanje) in resignacija (vdaja v usodo, fatalizem) sta statistično pomembno povečala anksioznost in depresivnost, kar se ujema s predhodnimi raziskavami, ki potrjujejo pozitivno po-

vezanost med čustvenimi problemi in strategijami izogibanja (Walker, Zona in Fisher, 2006). Med dvema strategijama izogibanja (nadomestna nagrada in čustveno olajšanje) je prišlo do statistično pomembne negativne povezave z anksioznostjo, česar nismo pričakovali. To, da pri posameznikih ukvarjanje z dodatnimi aktivnostmi in ventiliranje čustev pomagata pri zniževanju anksioznosti, bi lahko povezali z znanji iz vedenjsko-kognitivne terapije, ki navajajo, da tehnike distrakcije pomagajo pri zniževanju tesnobe (Greer, 2008), oz. ventiliranje čustev (Hopwood in Stephens, 2000) kratkoročno pomaga pri zniževanju občutka tiščanja v prsih in zaskrbljenosti ter zniževanju drugih znakov anksioznosti.

S kvaliteto življenja so se povezovale vse aktivne strategije soočanja, razen iskanja podpore, kar je potrdilo našo predpostavko, da je ob aktivnem načrtovanju strategij soočanja, iskanju možnih rešitev problema in iskanju smisla tudi subjektivno zadovoljstvo življenja višje (Franks in Roesch, 2006).

Prepoznavna psihične stiske, uporaba načinov soočanja, ki jih bolniki uporabljajo za znižanje stiske, ter posledično splošna kvaliteta življenja bolnikov in družine pa je tudi osnovni namen tako raziskovalnega dela kot tudi poskusa njegove aplikacije v vsakdanjo prakso.

Raziskave na področju strategij soočanja pri raku (Grassi in Travado, 2008; Greer, 2007) ugotavljajo, da sta najpogostejši strategiji v začetni fazi soočanja z rakom predvsem iskanje socialne opore in reševanje problemov, strategije izogibanja pa uporabljajo bolniki v manjši meri oz. je to odvisno od drugih dejavnikov, npr. od osebnosti, starosti, spola idr., zato smo v nadaljevanju preverjali razlike v uporabi različnih strategij pri moških in ženskah v našem vzorcu ter preverili ali se uporaba strategij spoprijemanja z boleznijo in kvaliteta življenja razlikuje pri različnih starostih.

Med spoloma so se pokazale statistično pomembne razlike pri uporabi strategij "iskanje socialne podpore", "kognitivno izogibanje", "nadomestna nagrada" in "čustveno olajšanje" in sicer so se teh strategij v našem vzorcu statistično pomembno več posluževale ženske kot moški, vendar pa so moški statistično pomembno poročali o višji kvaliteti življenja (tabela 2). Rezultati se ujemajo tudi s predhodnimi raziskavami, ki navajajo, da ženske uporabljajo več aktivnih vedenjskih strategij v primerjavi z moškimi, v večji meri iščejo socialno podporo ter vodstvo in pomoč pri reševanju problemov v smislu iskanja novih smernic, informacij, posvetovanja z drugimi strokovnjaki in pa uporabo strategij usmerjeno na čustva (Holahan in Moos, 1987). Ženske v našem vzorcu statistično pomembno v primerjavi z moškimi v vzorcu v večji meri uporabljajo strategijo "kognitivno izogibanje", kar pomeni, da v večji meri zanikajo problem, sanjarijo, se odmaknejo od situacije v smislu, da ne želijo govoriti in razmišljati o njej, za kar v literaturi ne najdemo neposrednih raziskav, ki bi ugotavljale podobno; glede na znana teoretična izhodišča na področju soočanja (Schou idr., 2005), ki potrjujejo pomen osebnosti pri soočanju s stresom pa sklepamo, da gre tudi v naši raziskavi za vpliv osebnostnih lastnosti; vendar glede na to, da jih nismo vključili, ne moremo tega interpretirati oziroma ostaja to predlog za nadaljnje raziskovanje.

Starost kot življenjsko obdobje je povezana z zmanjšano fizično funkcijo in zmanjšano zmožnostjo za prilagajanje, kar naj bi povečalo ranljivost za psihično stisko v procesu bolezni pri starejših odraslih (Hopwood in Stephens, 2000). Starostne skupine v našem vzorcu so se statistično pomembno razlikovale v uporabi strategij "ponovna pozitivna ocena", "nadomestna nagrada" in "čustveno olajšanje" (tabela 3). Bolniki v najmlajši starostni skupini (30–45 let) so pogosteje poskušali poiskati dobro stran situacije, iskali nove, dodatne aktivnosti in se zjokali, ko jim je bilo hudo v primerjavi z bolniki v ostalih dveh starostnih skupinah vzorca, posledično so poročali tudi o višji kvaliteti življenja v primerjavi z ostalima dvema skupinama v vzorcu, kar se ujema tudi s predhodnimi raziskvami, ki poročajo o boljši prilagoditvi na bolezen ob uporabi učinkovitih strategij soočanja (Franks in Roesch, 2006). Naši rezultati se ujemajo z večino raziskav (Hopwood in Stephens, 2000) o tem, da se starejši odrasli težje prilagajajo na bolezen, predvsem z neučinkovito uporabo strategij soočanja. Vendar pa ugotovitve nekaterih drugih raziskav (Massie, 1998; Kurtz idr., 2002) kažejo ravno obratne rezultate, t. j., da je prilagoditev starejših ravno tako dobra ali boljša kot pri mlajših bolnikih. Ob tem pa je potrebno upoštevati, da je soočanje proces, ter da posameznik vseskozi prilagaja strategije glede na trenutno situacijo (Franks in Roesch, 2006), tako tudi pri raku kot dolgotrajni, kronični bolezni posamezniki prehajajo iz uporabe pasivnih v uporabo bolj aktivnih strategij soočanja in obratno glede na situacijo, kar so ugotovili tudi v predhodnih novejših raziskavah (Franks in Roesch, 2006).

Dobljenih rezultatov ne smemo posploševati na vse onkološke bolnike, kajti rezultati so bili zbrani v prečni študiji in v omejenem vzorcu 70-ih oseb, zato predlagamo povečanje vzorca in longitudinalno spremljanje spoprijemanja z boleznijo. Z vidika diferencialne psihologije bi bilo smotno primerjati dobljene rezultate s kontrolno skupino v nebolelem vzorcu in videti, ali se spremenljivke soočanja (strategije) in kvaliteta življenja pri osebah, ki niso onkološki bolniki, »vedejo« podobno kot v testiranem vzorcu. Pri nadaljnjem raziskovanju bi bilo smiselno vključiti tudi nekatere druge spremenljivke, ki so se v predhodnih raziskavah pokazale kot vplivne, in sicer osebnost, socialna opora, predhodna psihiatrična obolenja pri osebah, stadij bolezni, versko prepričanje itd.

V raziskavo bi bilo smiselno vključiti tudi klinični intervju, ki bi dopolnil rezultate vprašalnikov in lestvic; kajti velikokrat stiske z uporabo le ene vrste metode ne prepoznamo.

Med strategijami, ki so se poleg aktivnih povezovale z višjo kvaliteto življenja, so bile tudi nekatere pasivne strategije soočanja, kot je npr. "čustveno olajšanje" in iskanje dodatnih aktivnosti", česar predhodne raziskave ne navajajo.

Tudi v praksi se pri bolnikih z rakom kaže mehanizem spreminjanja strategij soočanja, o katerem smo govorili v uvodu (Franks in Roesch, 2006), glede na stadij bolezni in nekatere druge dejavnike, kot je na primer vključenost družine kot dejavnika socialne opore. Na tem mestu se zato odpira vprašanje napovedovanja uporabe neučinkovitih strategij pri posameznikih in prepoznavanje tistih bolnikov, ki so rizi-

čni za uporabo neučinkovitih strategij. V ta namen bi bilo na mestu spremljanje večjega števila bolnikov skozi celoten proces bolezni.

Glede na rezultate raziskave se odpira tudi vprašanje prepoznavanja psiholoških potreb, ki so v našem prostoru prezrte. Ob tem je potreben poskus prenosa znanstvenih metod v prakso predvsem v smeri izdelave mersko zanesljivih in veljavnih pripomočkov za prepoznavo čustvene stiske.

Literatura

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S. in Bergman, B. (1993). European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-EORTC QLO-C30: A quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of National Cancer Institute*, 85, 365–376.
- Deimling, G., Wagner, L., Bowman, K., Sterns, S., Kercher, K. in Kahana, B. (2006). Coping among older adult, long-term cancer survivor. *Psycho-Oncology*, 15, 143–159.
- Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L. G., Taylor, S. E. in Falke, R. (1992). Patterns of Coping With Cancer. *Health Psychology*, 11(2), 79–87.
- Franks, H. in Roesch, S. (2006). Appraisals and coping in people living with cancer: a meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 15, 1027–1037.
- Freund, A. M. in Baltes, P. B. (2002). Life-management strategies of selection, optimization and compensation: Measurement by self-report and construct validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 642–662.
- Friedman, L., Kalidas, M., Elledge, R., Chang, J., Romero, C., Husain, I., Dulay, M., Liscum K. (2006). Optimism, social support and psychosocial functioning among women with breast cancer. *Psycho-Oncology* 15, 595–603.
- Grassi, L. in Travado, L. (2008). The role of psychosocial oncology in cancer care. V M. P. Coleman, DM Alexe, T. Albrecht in M. McKee (ur.), *Responding to the challenge of cancer in Europe* (str. 215–229). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Slovenija.
- Greer, S. (2008). CBT for emotional distress of people with cancer: some personal observations. *Psycho-Oncology*, 17(2), 170–173.
- Greimel, E. R., Padilla, G. V. in Grant, M. M. (1997). Physical and psychosocial outcomes in cancer patients: a comparison of different age groups. *British Journal of Cancer*, 76(2), 251–255.
- Holahan, C. in Moos, R. (1987). Personal and Contextual Determinants of Coping Strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(5), 946–955.
- Hopwood, P. in Stephens, R.J. (2000). Depression in patients with lung cancer: prevalence and risk factors derived from quality-of-life data. *Journal of Clinical Oncology*, 18, 893–903.
- Krivec, J. (2005). Spoprijemanje s stresom in socialna podpora: primerjava med šahisti in nešahisti [Coping with stress and social support: A comparison between chess players and non-chess players]. *Psihološka obzorja*, 14(2), 123–135.
- Kurtz, M., Kurtz, J., Stommel, M., Given, C. in Given, B. (2002). Predictors of depressive symptomatology of geriatric patients with lung cancer – a longitudinal analysis. *Psycho-Oncology*, 11, 12–22.

- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234–247.
- Link, B., Robbins, L., Mancuso, C. in Charlson, M. (2005). How do cancer patients choose their coping strategies?: A qualitative study. *Patient Education and Counseling*, 58, 96–103.
- Massie, M. J. in Popkin, M. (1998). Depressive disorders V J. C. Holland (ur.), *Handbook of Psycho-oncology* (str. 518–541). New York: Oxford University Press.
- Masten, R., Tušak, M. in Zihlerl, S. (2003). *Stress coping in different groups of students*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta.
- Milne, D. (1992). *Assessment: A Mental Health Portfolio*. Berkshire: NFER-Nelson.
- Rečnik, G. (2003). Kako izboljšati kvaliteto življenja pri bolnikih s parkinsonizmom? Ljubljana: *Medicinski razgledi*, 142(1), 3–16.
- Schou, I., Ekeberg, Q. in Ruland, C. (2005). The mediating role of appraisal and coping in the relationship between optimism-pesimism and quality of life. *Psycho-Oncology*, 14, 718–727.
- Walker, M., Zona, D., Fisher, E. (2006). Depressive symptoms after lung cancer surgery: their relation to coping style and social support. *Psycho-Oncology* 15, 684–693.
- Vachon, M. L. S. (2009). The emotional problems of the patient in palliative care. V G. Hanks, N. I. Cherny, N. A. Christakis, M. Fallon, S. Kaasa in R. K. Portenoy (ur.), *Oxford Handbook of Palliative Medicine*. 4th edition. (str. 1403–1409). Oxford: Oxford University Press.
- Volkers, N. (1999). In Coping With Cancer, Gender Matters. *Journal of the National Cancer Institute*, 91(20), 1712–1714.
- Žagar, T. *Rezultati vprašalnika o depresivnosti- BDI-SF v okviru pripravništva na področju zdravstva*. Avgust 2008–julij 2009. Neobjavljeno gradivo.