

Joanna Kozaka

## Kliniczny przebieg choroby nowotworowej a przystosowanie psychiczne The clinical course of cancer and mental adjustment

### Клиническое протекание онкологического заболевания и психическая приспособленность

Instytut Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego

Adres do korespondencji: Dr n. hum. Joanna Kozaka, Instytut Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego, ul. Bażyńskiego 4, 80-952 Gdańsk, tel.: 58 523 43 24 (sekretariat), e-mail: jkozaka@gmail.com

Institute of Psychology, University of Gdańsk, Poland

Correspondence: Dr n. hum. Joanna Kozaka, Institute of Psychology, University of Gdańsk, Poland, Bażyńskiego 4, 80-952 Gdańsk, Poland, tel.: +48 58 523 43 24 (office), e-mail: jkozaka@gmail.com

#### Streszczenie

Celem artykułu jest przedstawienie podstawowych aspektów psychologicznego funkcjonowania w sytuacji zmagania się z rozpoznaniem i leczeniem choroby nowotworowej. Poruszono zagadnienia dystresu doświadczanego przez chorych na raka i przedstawiono czynniki predysponujące do jego większego nasilenia. Omówiono kwestie wpływające na poziom adaptacji do sytuacji choroby i leczenia, które ujęto w trzech wymiarach: czynniki związane z osobą chorego, samą chorobą nowotworową oraz kontekstem życiowym pacjenta. Poświęcono uwagę leczeniu przeciwnowotworowemu, które jest niezwykle obciążające dla chorego i w wielu przypadkach stanowi duże wyzwanie w satysfakcjonującym przystosowaniu się do niego. Niezwykle istotna dla osób pracujących z chorymi czy towarzyszącymi im w chorobie z pozycji bliskiego jest świadomość specyfiki psychologicznych reakcji na poszczególne etapy choroby nowotworowej. W pracy scharakteryzowano psychologiczne reakcje na diagnozę raka, omówiono specyfikę czasu remisji, a także ewentualnego nawrotu oraz przedstawiono opis fazy zaawansowanej i terminalnej. Wymienione etapy zaprezentowano poprzez osobiste znaczenie danej fazy nowotworu dla chorego, wymieniono najczęściej doświadczane emocje, a także ukazano zadania natury psychologicznej, z jakimi zmagają się pacjenci w poszczególnych okresach choroby. Ostatnia część pracy dotyczy potrzeb informacyjnych pacjentów. Jakość i poziom komunikacji chorego z zespołem leczącym znacząco wpływa na radzenie sobie z chorobą i jej leczeniem. Zobrazowano najczęściej wnoszone potrzeby pacjentów i/lub ich rodzin na poszczególnych etapach rozwoju nowotworu i podejmowanego leczenia.

**Słowa kluczowe:** psychologiczne reakcje na rozpoznanie i leczenie raka, dystres, adaptacja w sytuacji choroby nowotworowej, etapy choroby nowotworowej, potrzeby informacyjne chorych

#### Abstract

The aim of the article is to present the basic aspects of psychological functioning in the situation when an individual struggles with the diagnosis and treatment of cancer. The article discusses issues of distress experienced by cancer patients and factors predisposing to more severe distress. Moreover, the problems affecting the level of adjustment to the situation of disease and treatment are discussed and presented in three dimensions: as factors associated with the patient as an individual, with the disease itself and with the context of patient's life. Attention is paid to anticancer treatment, which is a huge burden for patients and, in many cases, adjustment to such a burden is a considerable challenge. The awareness of the specificity of psychological reactions to individual stages of the disease is significant for people who work with such patients or relatives who accompany them through their disease. The paper provides a characteristics of a psychological reaction to the diagnosis of cancer and presents the specific character of the remission period as well as a possible recurrence. Moreover, it discusses the advanced and terminal phases of the disease. The aforementioned stages are presented based on personal relevance of a given stage to the individual patient. Furthermore, the most common emotions are described and the psychological tasks with which patients struggle in the given stages of cancer are discussed. The last part of the paper concerns patients' need for information. The quality and level of communication of the patient

with the therapeutic team considerably affects the way they cope with the disease and therapy. The paper also discusses the most commonly mentioned needs of patients and/or their families at individual stages of the disease and phases of treatment.

**Key words:** psychological reactions to diagnosis and treatment of cancer, distress, adjustment to cancer, stages of disease, information needs

## Содержание

Целью статьи является представление основных аспектов психологического функционирования в ситуации борьбы с определением и лечением онкологического заболевания. Затронуты вопросы дистресса, испытываемого больными раком, и представлены факторы, предрасполагающие к его большей интенсивности. Представлены вопросы, влияющие на уровень адаптации к ситуации, связанной с болезнью и лечением, которые представлены в трех измерениях: факторы, связанные с больным, самим онкологическим заболеванием и жизненным контекстом пациента. Уделено внимание противоопухолевому лечению, которое является очень обременяющим для больного, и во многих случаях бывает огромным вызовом в удовлетворяющим приспособлении к нему. Очень существенным для работающих с больными либо сопровождающих их во время болезни с позиции близкого человека является сознание специфики психологических реакций на отдельные этапы онкологического заболевания. В работе охарактеризованы психологические реакции на диагноз рака, обсуждена специфика периода ремиссии, а также возможного рецидива и представлено описание продвинутой и терминальной фазы. Перечисленные этапы представлены посредством личного значения данной стадии рака для больного, перечислены наиболее частые переживаемые эмоции, а также указаны задания психологической природы, с которыми борется пациент в отдельных периодах болезни. Последняя часть работы касается информационных потребностей пациентов. Качество и уровень коммуникации больного с лечащим персоналом значительно влияет на то, как пациент справляется с болезнью и ее лечением. Представлены наиболее частые вносимые потребности пациентов и/либо их семей на отдельных этапах развития рака и предпринятого лечения.

**Ключевые слова:** психологические реакции на диагноз и лечение рака, дистресс, адаптация в ситуации онкологического заболевания, этапы онкологического заболевания, информационная потребность у больных

## DYSTRES CHORYCH NA RAKA

**K**liniczny przebieg choroby nowotworowej wiąże się z wieloma sytuacyjnymi stresorami, które wpływają na psychologiczne przystosowanie chorego. **Dystres** w psychoonkologii jest definiowany jako wieloczynnikowe, nieprzyjemne przeżycie emocjonalne o podłożu psychologicznym, społecznym i/lub duchowym zlokalizowane w dowolnym miejscu na skali od całkowicie prawidłowego uczucia bezbronności, smutku i strachu do paraliżujących problemów typu depresji, paniki, izolacji towarzyskiej i kryzysu duchowego. To przeżycie ingeruje w zdolność do efektywnego radzenia sobie z nowotworem, jego fizycznymi symptomami i leczeniem. Taką definicję dystresu przyjmuje National Comprehensive Cancer Network<sup>(1)</sup>. Ta długa i prawdopodobnie odbierana jako zawiła definicja pokazuje *continuum* dystresu od stanu normalnego aż do problemów w istotny sposób zaburzających funkcjonowanie chorego.

### Czynniki ryzyka silnego dystresu w chorobie nowotworowej

Ważne jest, aby lekarz zauważał osoby szczególnie narażone na przeżywanie zwiększonego dystresu. Do grupy chorych predysponowanych do doświadczania silnego dystresu należą osoby:

## DISTRESS OF CANCER PATIENTS

**T**he clinical course of cancer is associated with numerous situational stressors which affect psychological adjustment of patients. **Distress** in psycho-oncology is defined as a multifactorial unpleasant emotional experience of a psychological social, and/or spiritual nature that may interfere with the ability to effectively cope with cancer, its physical symptoms and its treatment. It extends over a range from completely natural feelings of helplessness, sadness and fear to overpowering problems such as depression, panic, social isolation and spiritual crisis. This experience interferes with the ability to effectively cope with cancer, its physical symptoms and treatment. The definition of distress presented above is acknowledged by the National Comprehensive Cancer Network<sup>(1)</sup>. Such a long definition, probably perceived as complex, shows a *continuum* of distress from a normal condition up to problems that considerably disturb functioning.

### Risk factors for severe distress in cancer patients

It is important that a physician notice persons at particular risk of more intense distress. Persons predisposed to experiencing severe distress include:

- młodsze;
- ze złą prognozą onkologiczną;
- takie, które zakończyły związek partnerski (w separacji, rozwiedzione, owdowiałe);
- żyjące samotnie;
- otrzymujące małe wsparcie społeczne;
- posiadające dzieci w wieku poniżej 21 lat;
- przeżywające problemy ekonomiczne;
- mające kłopoty małżeńskie lub rodzinne;
- doświadczające skumulowanych wydarzeń stresowych;
- z przeszłym lub aktualnym uzależnieniem od alkoholu lub innych substancji<sup>(2)</sup>.

Osoby przeżywające zwiększony dystres powinny być kierowane do psychologa i/lub psychiatry.

### PRZYSTOSOWANIE DO CHOROBY NOWOTWOROWEJ

To, jak chory funkcjonuje, zależy od stopnia adaptacji do sytuacji choroby i leczenia. Psychologiczna adaptacja (przystosowanie) do choroby nowotworowej jest trwającym w czasie procesem obejmującym wiele różnych stresorów związanych z chorobą. Wskaźnikami satysfakcjonującej adaptacji są:

- kontynuowanie aktywnego zaangażowania w codzienne życie;
- zdolność do minimalizowania przeszkód (zakłóceń) w realizowaniu ról społecznych;
- umiejętność radzenia sobie z emocjonalnym dystresem<sup>(3)</sup>.

Ryc. 1 przedstawia model trzech klas czynników wpływających na adaptację do choroby nowotworowej. Model ten podkreśla dynamikę procesu adaptacji i dodatkowo ukazuje

- younger patients;
- patients with unfavorable prognosis;
- patients who have ended their relationships (in separation, divorced, widow/widower);
- patients who live alone;
- patients who receive poor social support;
- patients who have children younger than 21;
- patients having economic problems;
- patients having marital or family problems;
- patients who experience cumulative stressful situations;
- patients who used to be or are addicted to alcohol or to other substances<sup>(2)</sup>.

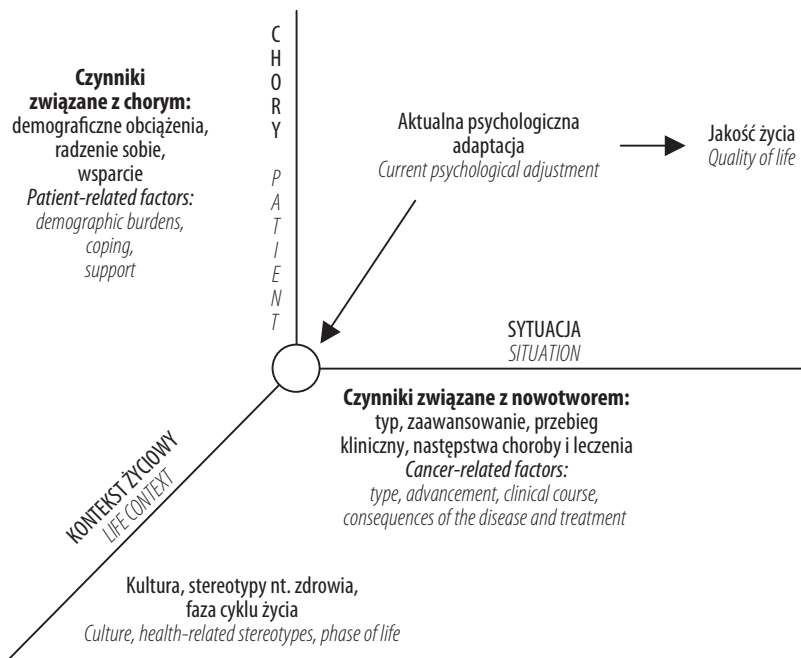
Persons who experience more intense distress should be referred to a psychologist and/or psychiatrist.

### ADJUSTMENT TO CANCER

The manner in which patients function depends on the degree of adjustment to their disease and to treatment. Psychological adjustment to cancer is a process that continues over time and encompasses multiple various stressors associated with the disease. The indicators of satisfactory adjustment are:

- continuing active engagement in one's daily life;
- ability to minimize obstacles (disturbances) in fulfilling one's social roles;
- ability to cope with emotional distress<sup>(3)</sup>.

Fig. 1 presents a model of three classes of factors that affect adjustment to cancer. The model emphasizes the dynamics of adjustment and, what is more, it shows a relationship between adjustment and the quality of life. The quality of life is understood as a result of the adjustment process. The more effective the process is, the better the quality of life<sup>(4)</sup>.



Ryc. 1. Model psychologicznej adaptacji w chorobie nowotworowej<sup>(4)</sup>  
Fig. 1 Model of psychological adjustment in cancer<sup>(4)</sup>

związek między adaptacją a jakością życia. Jakość życia jest tu rozumiana jako wynik procesu adaptacji. Im skuteczniejszy jest proces adaptacji, tym lepsza jakość życia<sup>(4)</sup>.

Różnorodność czynników wpływających na adaptację chorego obejmuje między innymi takie, które wiążą się z samą chorobą nowotworową, osobą chorego (na przykład przeszłość chorego – obciążenia, czynniki demograficzne, style i strategie radzenia sobie), kontekst społeczny (wsparcie społeczne), fazę cyklu życia, kulturowe i zdrowotne schematy, stereotypy wpływające na sytuację, a także kliniczny przebieg choroby<sup>(3)</sup>.

### Adaptacja do choroby i jej leczenia a czynniki związane z samą chorobą

Na przystosowanie do sytuacji choroby ma wpływ szereg czynników powiązanych z samym nowotworem: jego rodzaj (na przykład *carcinoma*, *sarcoma*), lokalizacja, stopień zaawansowania, ewentualna obecność przerzutów, rokowanie, przebieg kliniczny, leczenie i jego następstwa. Te czynniki pokazują, jak poważna jest sytuacja medyczna chorego, i przez to wpływają na psychologiczne przystosowanie<sup>(3)</sup>. Ważnym czynnikiem oddziałującym na przystosowanie psychiczne jest stopień **zaawansowania** nowotworu. Diagnoza raka o niepomyślnym rokowaniu wiąże się z doświadczaniem bardzo nasilonego dystresu<sup>(5)</sup>.

Przystosowanie psychiczne w dużym stopniu zależy od **lokalizacji** choroby, od konsekwencji, jakie ta lokalizacja ma dla chorego. Na przykład nowotwory usytuowane w widocznym miejscu, na przykład w okolicy głowy i szyi, naruszają ważne funkcje życiowe, kontakty, komunikację z innymi. Zaburzenia mowy, jakie często pojawiają się w przebiegu tych chorób, mogą prowadzić do izolacji społecznej, a dodatkowe oszpeccenie wpływa także na obniżenie samooceny. Często są tu również zaburzenia jedzenia, które nie pozostają bez wpływu na adaptację<sup>(6-8)</sup>.

Choroby, które dotyczą obszarów kojarzonych z kobiecością i męskością (na przykład rak piersi, jajnika, macicy, jądra), również mają konsekwencje dla postrzegania swojej roli związanej z płcią, seksualnością, płodnością<sup>(9-12)</sup>.

Nowotwory płuc – ze względu na bardzo szybki, wieloobjawowy przebieg i bardzo ciężkie objawy (na przykład duszność, krwioplucie) – należą do grupy chorób stanowiących duże wyzwanie adaptacyjne<sup>(13-15)</sup>.

Choroby zlokalizowane w przewodzie pokarmowym cechuje późne rozpoznawanie, a dodatkowo towarzyszą im kłopoty z jedzeniem, nudności i wymioty, biegunki czy zaparcia, bóle, wzdęcia, utrata wagi, osłabienie, co wiąże się z dużym dystresem<sup>(16)</sup>. Nowotwory jelita grubego z powodu leczenia powodują zaburzenia funkcjonowania społecznego, wycofywanie się z aktywności, a także zmiany w obrazie siebie. Wyłoniona przetoka stomijna sprawia często kłopoty w pielęgnacji, w prowadzeniu życia towarzyskiego, a także seksualnego<sup>(17,18)</sup>.

Wiele badań pokazuje, że szczególnie duże natężenie symptomów takich jak lęk i depresja obserwuje się u chorych z rakiem trzustki<sup>(5)</sup>.

The diversity of factors that affect adjustment of patients encompass, among others, the factors associated with the disease itself, with the patient as an individual (for instance, his or her past – burdens, demographic factors as well as coping styles and strategies), social context (social support), life cycle phase, cultural and health-related standards, stereotypes affecting the situation as well as the clinical course of cancer<sup>(3)</sup>.

### Adjustment to the disease and its treatment vs. disease-related factors

Adjustment to cancer is affected by a number of factors associated with cancer itself: its type (for instance carcinoma, sarcoma), localization, grade or stage, presence of metastases, prognosis, clinical course as well as treatment and its complications. These factors show how serious the medical situation of the patient is and therefore affect psychological adjustment<sup>(3)</sup>.

An important factor that affects mental adjustment is the **grade** of cancer. The diagnosis of cancer with unfavorable prognosis is associated with experiencing intense distress<sup>(5)</sup>. Mental adjustment largely depends on the **localization** of the disease and the consequence it will have. For instance, cancers localized in a visible site, e.g. in the region of the head and neck, interfere with important life functions, contacts and communication with other people. Speech impairment, which frequently takes place in the course of these diseases, may lead to social isolation. Additionally, mutilation also negatively affects self-assessment. Eating disorders, which also affect adjustment, are common as well<sup>(6-8)</sup>. Diseases affecting areas associated with femininity and masculinity (e.g. cancer affecting the breasts, ovaries, uterus or testicles) also have an influence on perceiving one's role connected with their sex, sexuality and fertility<sup>(9-12)</sup>. Lung cancers, due to their rapid course as well as multiple and very severe symptoms (e.g. dyspnea, hemoptysis), belong to the group of diseases that are very difficult to adjust to<sup>(13-15)</sup>.

Diseases localized in the gastrointestinal tract are characterized by a late diagnosis and accompanying eating disorders, nausea, vomiting, diarrhea or constipation, flatulence, weight loss and fatigue, which are associated with considerable distress<sup>(16)</sup>. For instance, colorectal cancers, due to their treatment, cause disorders in social functioning, withdrawal from social activity and changes in self-esteem. The stoma performed frequently causes problems in care as well as disorders in social and sexual life<sup>(17,18)</sup>.

Numerous studies reveal that a considerable accumulation of symptoms, such as anxiety and depression, is observed in patients suffering from pancreatic cancer<sup>(5)</sup>.

### Specificity of anticancer treatment and adjustment

Treatment applied in oncology consists in conducting radical therapies that entail undesirable consequences of somatic, mental and social nature. It is difficult for patients

## Specyfika leczenia przeciwnowotworowego a adaptacja

Leczenie stosowane w onkologii polega na podejmowaniu radykalnych metod terapii, które pociągają za sobą wiele niepożądanych konsekwencji natury somatycznej, psychicznej i społecznej. Chorym dużo trudności sprawia konieczność podejmowania decyzji odnośnie do leczenia. Brakuje im wiedzy i pewności decyzji. Część pacjentów uskarża się na niedostatek informacji oferowanych przez lekarzy. Z drugiej strony leczenie daje nadzieję, mobilizuje do walki z chorobą. Stosowana terapia wywiera bardzo znaczący wpływ na przystosowanie psychiczne do choroby. **Leczenie chirurgiczne** jest metodą leczenia najlepiej psychicznie znoszoną, gdyż przemawia do wyobraźni, jest najbliższe doświadczeniom chorych. Operacja wiąże się jednak również z obawami przed powierzeniem komuś obcemu swojego życia w tak dosłowny sposób, ze strachem przed utratą kontroli czy śmiercią podczas zabiegu. Chorzy niepokoją się także tym, że mogą obudzić się w trakcie operacji. Wyższe natężenie lęku i niższy poziom optymizmu są charakterystyczne dla okresu przedoperacyjnego<sup>(19,20)</sup>. Pacjenci przeżywają wiele obaw w związku z przewidywanym uszkodzeniem ciała i następstwami zmian w funkcjonowaniu, w obrazie własnej osoby<sup>(21)</sup>. Te przedoperacyjne niepokoje są charakterystyczne dla wszystkich chorych leczonych w ten sposób, jednak w sytuacji nowotworu mogą być silniejsze, ponieważ bardzo często dopiero wynik zabiegu chirurgicznego jednoznacznie rozstrzyga o stopniu zaawansowania choroby. Leczenie operacyjne bardzo często jest uzupełniane innym rodzajem terapii, a to często wiąże się z doświadczaniem długotrwałego stresu.

Informacja o konieczności zastosowania **chemioterapii** najczęściej budzi obawy chorego. Potoczna wiedza o tym rodzaju leczenia przeciwnowotworowego jest w pewnym sensie największa, ponieważ często stosuje się podawanie cytostatyków. Jednak ta wiedza jest fragmentaryczna i nieprawdziwa. Informacje na temat tego leczenia pochodzą z osobistego doświadczenia chorych czy mass mediów, które akcentują dramatyzm sytuacji, a pomijają specyfikę konkretnego przypadku klinicznego. Niedostatek fachowej wiedzy o chemioterapii prowadzi do wielu negatywnych postaw, irracjonalnego strachu i niezrozumienia tego leczenia. Doświadczanie emocjonalnego dystresu jest uniwersalną reakcją chorych otrzymujących chemioterapię. Istnieje wiele źródeł tego dystresu: zakres i uciążliwość objawów niepożądanych, cechy indywidualne chorego (na przykład osobowość, style radzenia sobie), wiek, diagnoza, zaawansowanie choroby, intencja leczenia (radykalna, paliatywna). Przeżywanie silnego lęku może wiązać się ze zwiększonym oczekiwaniem i skupieniem na doświadczanych objawach niepożądanych, a także utrudniać rozumienie aktualnych następstw terapii i swojego położenia. Niepokój, niepewność, często także brak adekwatnych informacji o leczeniu mogą manifestować się nawet antycypacyjnymi wymiotami<sup>(22,23)</sup>. Poza wymienionymi już objawami niepożądanymi

to make decisions concerning their treatment. They lack knowledge and certainty of their decisions. Some patients complain about the lack of information passed on by physicians. On the other hand, the treatment gives hope and mobilizes patients to fight with the disease. The therapy applied has a significant influence on mental adjustment to the disease.

**Surgical treatment** is the part of the therapy with which patients cope with well mentally. This is because they can imagine it and it is the closest to their experiences. Surgery, however, is associated with fear of entrusting one's life into someone else's hands in such a literal way and with fear of losing control or dying during the procedure. Patients are also worried that they might not wake up after the procedure. A greater intensity of anxiety and lower level of optimism are characteristic of the preoperative period<sup>(19,20)</sup>. Patients experience many fears related to anticipated damage done to their body and consequent changes in functioning and perceiving their own selves<sup>(21)</sup>. Such preoperative concerns are typical of all patients who receive surgical treatment, but may be more severe in cancer patients since frequently it is the outcome of the surgery that determines the stage of the disease with certainty. Surgical treatment is often complemented with other therapies, which are frequently associated with long-term stress exposure.

The information about the need of implementing **chemotherapy** usually raises concerns of patients. In a way, the common knowledge concerning this anticancer treatment is the largest since cytostatics are often administered. However, this knowledge is fragmentary and untrue. The information concerning this type of treatment comes from personal experiences of patients or from the mass media which stress the dramatic nature of a situation and omit the aspects of the specificity of a given clinical case. The shortage of specialist knowledge on chemotherapy leads to negative attitudes, irrational fear and failure to understand this therapy.

Experiencing emotional distress is a universal reaction of patients receiving chemotherapy. There are many sources of such distress, e.g.: the range and persistence of adverse reactions, individual characteristics of a patient (personality, coping styles), age, diagnosis, stage of the disease and intention of the therapy (radical, palliative). Severe anxiety may be associated with increased expectations and focusing on experiencing undesirable effects. This may also prevent understanding of the current consequences of the therapy and one's situation. Anxiety, uncertainty and frequently the lack of adequate information concerning treatment may manifest themselves even with anticipatory vomiting<sup>(22,23)</sup>. Apart from the adverse reactions of chemotherapy, patients also suffer from fatigue, nausea and vomiting, diarrhea, sleeplessness, loss of appetite, change in body weight, change of taste or depression. Many of these symptoms affect everyday life, the way patients see their own body, relationships with family members or sexual life. Therefore, normal activity is temporarily impossible for a lot of patients.



chemioterapii chorzy cierpią z powodu zmęczenia, nudności i wymiotów, biegunki, bezsenności, utraty apetytu, zmiany wagi ciała, zmiany smaku czy depresji. Wiele z tych symptomów wpływa na codzienne życie pacjentów, obraz własnego ciała, relacje w rodzinie czy funkcjonowanie seksualne. W związku z tym dla wielu chorych normalna aktywność życiowa jest tymczasowo niemożliwa do osiągnięcia.

Carelle i wsp.<sup>(24)</sup> prosili badanych o ocenę, które niepożądane efekty chemioterapii są najbardziej uciążliwe. Pacjenci na pierwszym miejscu wymienili zaburzenia w życiu rodzinnym i układach z partnerem. Łysienie podawano jako drugie, a zmęczenie jako trzecie pod względem uciążliwości. Wpływ leczenia na aktywność zawodową czy zajęcia domowe, na aktywność społeczną oraz utratę zainteresowania seksem wymieniano w następnej kolejności.

Niepokój ma tendencje do fluktuowania w trakcie terapii trwającej często kilka miesięcy. Najczęściej obserwuje się wzrost niepokoju, kiedy zbliża się kolejny cykl chemioterapii. Trudne są również naprzemienne okresy lepszego i gorszego funkcjonowania. Obserwacje chorych otrzymujących chemioterapię pokazują również duże mobilizowanie zasobów (czyli tego wszystkiego, co pomaga radzić sobie) radzenia sobie w trakcie tego leczenia<sup>(25)</sup>.

Stosowanie leczenia systemowego może wiązać się – z racji wpływu na centralny układ nerwowy – z następstwami natury neuropsychologicznej, zmianami w procesach poznawczych (takimi jak zaburzenia koncentracji, pamięci czy depresja), zaburzeniami orientacji, drażliwością, pobudzeniem<sup>(26-29)</sup>. Objawy te niejednokrotnie utrzymują się przez długi czas od zakończenia leczenia<sup>(30)</sup>.

Stosowanie **radioterapii** wiąże się z wykorzystaniem aparatury emitującej promieniowanie, co w połączeniu z ogólną obawą przed promieniowaniem jonizującym powoduje, że wielu chorych ma lękowe nastawienie do tego typu terapii. Jest to związane również z tajemniczością tej metody leczenia (bardzo mała wiedza społeczna na temat radioterapii). Bardzo dokładne przygotowywanie, planowanie leczenia, wymóg ścisłej współpracy chorego, konieczność codziennego leżenia (przez krótki czas) w takiej samej pozycji w izolacji dodatkowo nasila lęk, niepewność czy zagrożenie przeżywane w związku z leczeniem. Poza tym wielu chorych doświadcza dużego smutku, złości, poczucia nierozumienia sytuacji, społecznego wycofania<sup>(31,32)</sup>.

Leczenie promieniowaniem jonizującym wiąże się również z szeregiem objawów niepożądanych, których charakter zależy z reguły od lokalizacji obszaru napromieniania, wielkości zastosowanej dawki, a także od wieku chorego. Zmęczenie jest objawem najczęściej spotykanym. Pewnej grupie pacjentów trudność sprawia radzenie sobie (także emocjonalne) z odczynem popromiennym i z pogarszającym się ogólnym samopoczuciem w trakcie leczenia.

Chorzy otrzymujący radioterapię zmagają się także z odległymi objawami niepożądanymi. Wiele osób poddawanych radioterapii, podobnie jak pacjenci leczeni innymi metodami, wymaga pomocy psychologicznej<sup>(33,34)</sup>.

Carelle *et al.*<sup>(24)</sup> asked their respondents to assess which undesirable effects of chemotherapy were the most inconvenient. The first place was given to disturbed family life and relationships with their partners. Hair loss was assessed as the second most inconvenient reaction, and fatigue – as the third. The impact of treatment on professional activity or household tasks, social activity and loss of libido were mentioned as well.

Anxiety tends to fluctuate in the course of the therapy which usually takes several months. It increases when the next chemotherapy cycle approaches. Alternating periods of better and worse functioning are also difficult. The observation of patients during chemotherapy reveals considerable mobilization of coping resources (i.e. of all that helps cope with the situation) during such a therapy<sup>(25)</sup>.

Systemic therapies, due to their influence on the nervous system, may be associated with neuropsychological consequences, changes in cognitive processes (such as attention and memory disorders or depression), orientation disorders, irritability or agitation<sup>(26-29)</sup>. These symptoms frequently persist for a long time after finishing the therapy<sup>(30)</sup>.

**Radiotherapy** is associated with using equipment that emits radiation. In connection with the general fear of ionizing radiation, this evokes anxiety in the attitude towards radiotherapy in many patients. This is also connected with a rather mysterious character of this treatment method (social knowledge about it is limited). Very thorough preparations for the therapy and planning the treatment as well as the need for close cooperation of the patient and the necessity to lie (for a short time) in isolation in the same position every day additionally enhance anxiety, uncertainty or feeling of threat. Moreover, a lot of patients experience intense sadness, anger, feeling of not understanding the situation and social withdrawal<sup>(31,32)</sup>.

The treatment with ionizing radiation is also associated with a range of adverse effects, the character of which depends on the site exposed to radiation, dosage and age of patients. Fatigue is the most common effect. It is difficult for some patients to cope (also emotionally) with the radiation reaction and deteriorating mood during treatment.

Patients receiving radiotherapy must also struggle with remote adverse effects. As those treated with other methods, numerous patients receiving radiotherapy need psychological help<sup>(33,34)</sup>.

### Mental adjustment vs. stages of disease and treatment

Numerous descriptions of phases or stages which are experienced by cancer patients may be encountered in the literature. The differentiation between individual phases is significant from the clinical and therapeutic points of view. It allows the situation and needs of patients to be understood well. For instance, a person who is being diagnosed functions differently from a patient in the palliative phase of treatment. Providing good medical and psychological help

## Przystosowanie psychiczne a fazy choroby i leczenia nowotworu

W literaturze spotyka się wiele propozycji ujęcia faz czy etapów, które napotykać chorzy zmagający się z nowotworem. Rozróżnianie poszczególnych faz ma duże znaczenie kliniczne i terapeutyczne. Pozwala dobrze rozumieć sytuację i potrzeby pacjenta. Inaczej na przykład funkcjonuje osoba dopiero diagnozowana w kierunku choroby nowotworowej, a inaczej chory w fazie leczenia paliatywnego. Stosowanie dobrej pomocy lekarskiej i psychologicznej zależy od uwzględniania specyfiki konkretnego etapu choroby i leczenia.

Szczegółowe wyróżnienie faz zmagania się z chorobą prezentuje ryc. 2.

Schemat prezentuje kontinuum chorowania na nowotwór od odkrycia niepokojących objawów do wyleczenia lub śmierci. Omówienie najważniejszych etapów zmagania się z chorobą i leczeniem zawarto w tab. 1. Ujęto w niej osobiste znaczenie danej fazy dla chorego, przedstawiono wybrane sposoby przeżywania poszczególnych etapów i zadania, jakie stawiają one przed chorym.

### Faza zauważenia symptomów (zwlekanie z diagnozą choroby)

Radzenie sobie z chorobą nowotworową rozpoczyna się od zauważenia pierwszych niepokojących objawów, co wiąże się z koniecznością podejmowania nowych decyzji. Ważny jest tu szybki kontakt z lekarzem, z czym w praktyce bywa różnie. Czasami to, jak szybko nastąpi ten kontakt, zależy od interpretacji objawów, która może mieć charakter:

1. lekceważenia: „To krwawienie jest mało ważne”;
2. wyolbrzymienia: „I tak już za późno, choroba jest nieuleczalna i nie mam już po co iść do lekarza”;
3. opóźniania: „Mam ważne sprawy do załatwienia, nie mam czasu na wizytę u lekarza”<sup>(36-39)</sup>.

depends on the specificity of individual stages of the disease and treatment.

A detailed presentation of the phases of the struggle with cancer is shown in Fig. 2.

The figure presents a continuum of suffering from cancer: from detecting alarming symptoms to curing the disease or death. A discussion of the most important stages of struggle with the disease and treatment is presented in Tab. 1. It includes personal meaning of a given phase to an individual patient, selected emotions associated with going through given stages and tasks that patients must face.

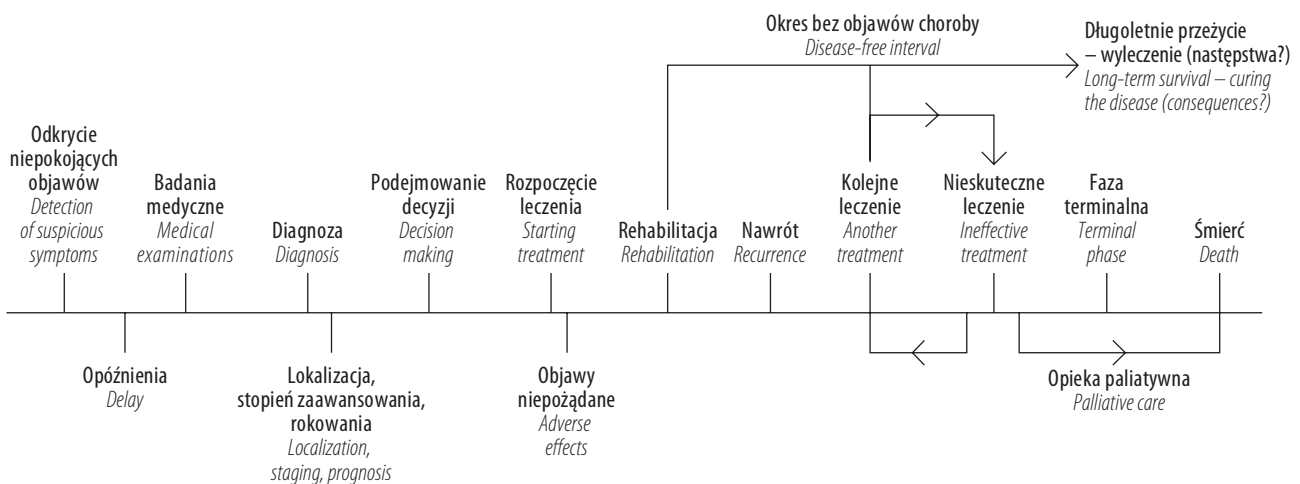
### Phase of detecting symptoms (delaying diagnosis)

Coping with cancer begins from detecting the first alarming symptoms, which is associated with the necessity to make new decisions. A rapid consultation with a physician is important here, which is not so easy in practice. Sometimes, the time at which an individual contacts the physician depends on the interpretation of symptoms which may have a nature of:

1. neglecting: “This bleeding is not very important;”
2. exaggerating: “It is too late already; the disease is untreatable and there is no need to go to the doctor;”
3. delaying: “I have important things to do, I do not have time to go to the doctor.”<sup>(36-39)</sup>

A lot of attention in research is paid to **delaying** the diagnosis, which is understood as the time between the appearance of the first signs of the disease and the first consultation with a physician<sup>(37)</sup>. The following stages of delay are distinguished:

1. **Appraisal delay** – this constitutes the greatest amount of time lost in diagnosing cancer and is connected with the difficulty in evaluating the severity of signs observed and individual ability to cope with their consequences.



Ryc. 2. Etapy chorowania na nowotwór<sup>(4)</sup>  
Fig. 2. Stages of cancer<sup>(4)</sup>

<b>DIAGNOZA</b> DIAGNOSIS	
<b>Osobiste znaczenie fazy</b> <i>Personal meaning of the phase</i>	Dlaczego ja? Co takiego zrobiłem? To przeze mnie. Ktoś mi tego życzył, ale kto? Czy to kara? Czy umrę? To nie może być prawda! To na pewno pomyłka! Myślenie o śmierci <i>Why me? What have I done? This is my fault. Someone wished me this, but who? Is it a punishment? Am I going to die? This cannot be true! This must be a mistake! Thoughts about death</i>
<b>Sposób przeżywania, objawy</b> <i>Experiencing the phase, symptoms</i>	Strach, lęk, depresja, zaprzeczanie, psychiczne odurwienie, poczucie chaosu, konfrontacja ze śmiercią, przerażenie, złość, gniew, utrata zaufania do siebie, własnego ciała, innych, Boga <i>Fear, anxiety, depression, denial, mental numbness, feeling of chaos, confrontation with death, terror, anger, loss of trust in oneself, one's body, in others or in God</i>
<b>Zadania fazy</b> <i>Tasks in this phase</i>	Zintegrować rzeczywistość diagnozy, tolerować emocjonalny stres i niepewność, akceptować większą zależność, przyjmować pomoc, przystosować się do systemu służby zdrowia, podjąć decyzje dotyczące leczenia, rozmawiać z innymi o diagnozie/chorobie, szukać sensu, osobistego znaczenia, rozumienia tej sytuacji <i>Integrate the reality of the diagnosis, tolerate emotional tension and uncertainty, accept greater dependency, accept help, adjust to the health care system, make decisions concerning treatment, talk with others about the diagnosis/disease, seek purpose, personal meaning and understanding of the situation</i>
<b>LECZENIE</b> TREATMENT	
<b>Osobiste znaczenie fazy</b> <i>Personal meaning of the phase</i>	Mam szansę pokonać chorobę. Czy uda mi się przetrwać leczenie? Jak dam sobie z tym radę? Dostanę truciznę, która pokona raka, ale może mnie zabić. Czy jeśli zapomnę o spotkaniu (z lekarzem), o terminie np. chemioterapii, umrę? Czy wypadną mi włosy? Będę łysy? Czy oni naprawdę wiedzą, co ze mną robią? Słyszałem, że ktoś zmarł krótko po leczeniu. Czy warto podejmować leczenie? Czy jestem radioaktywny? (dot. radioterapii) <i>I can fight the disease. Will I survive the treatment? How am I going to cope with it? I will get a poison that will help beat cancer, but can also kill me. If I forget about an appointment (with a doctor) or a date of e.g. chemotherapy, will I die? Will my hair fall out? Will I be bald? Do they really know what they are doing? I have heard that someone died shortly after treatment. It is worth trying and treating the disease? Am I radioactive? (concerning radiotherapy)</i>
<b>Sposób przeżywania, objawy</b> <i>Experiencing the phase, symptoms</i>	Strach, lęk, depresja, niepokój, poczucie chaosu, potrzeba kontroli, poczucie celu, konfrontacja ze zmianami w ciele, lęk przed intymnością i seksualnością, ulga, zaprzeczanie, antycypujące nudności i wymioty, unikanie, podatność na zranienie, ból <i>Fear, anxiety, depression, apprehension, feeling of chaos, need to control, feeling of purpose, confrontation with changes in the body, fear of intimacy and sexuality, relief, denial, anticipatory nausea and vomiting, avoidance, vulnerability to pain and to getting hurt</i>
<b>Zadania fazy</b> <i>Tasks in this phase</i>	Przystosować się do przewlekłej choroby i leczenia, podejmować decyzje odnośnie do przebiegu leczenia, traktować leczenie jako „nową pracę”, która wymaga nauki, mistrzostwa i uwagi, rozwijać i utrzymywać satysfakcjonujące relacje z pracownikami służby zdrowia, zmieniać patogeniczne myśli i uczucia, przeorganizować rodzinę, tak by mogła funkcjonować w trakcie leczenia, umieścić w codziennej rutynie konieczność leczenia, radzić sobie z ambiwalencją wobec leczenia, zrekonstruować obraz własnej osoby w następstwie zmian w ciele <i>Adjust to the chronic disease and treatment, make decisions concerning the treatment, treat the therapy as "a new job" which requires training, mastery and attention, develop and maintain satisfactory relationships with health care workers, change pathogenic thoughts and feelings, reorganize the family so that it can function during treatment, envisage the necessity to treat the disease in the daily routine, cope with ambivalence towards treatment, reconstruct the image of oneself following the changes in the body</i>
<b>REMISJA</b> REMISSION	
<b>Osobiste znaczenie fazy</b> <i>Personal meaning of the phase</i>	Mam drugą szansę, więc muszę być dobry. Muszę być pozytywnie nastawiony? Czy mogę myśleć, że wróciłem do normalnego życia? Pożyczono mi czas. Życie jest nieprzewidywalne – czekam na powrót choroby. Czy oni naprawdę znają się na tym? Nie jestem pewien, czy zawsze mogę ufać mojemu ciału. Odzyskałem kontrolę. Odzyskałem ponownie moje życie. Chcę pomóc innym, którzy przechodzą przez to, co mnie spotkało. Cały czas wiedziałem, że wygram tę bitwę. <i>I have the second chance so I must be good. Do I need to have a positive attitude? Can I think that I have returned to normal life? I was lent more time. Life is unpredictable – I am waiting for a recurrence. Do they really know what they are doing? I am not sure if I can trust my body at every occasion. I regained control. I got my life back. I want to help others who go through what happened to me. I knew all along that I would win</i>
<b>Sposób przeżywania, objawy</b> <i>Experiencing the phase, symptoms</i>	Wdzięczność, obawy przed nawrotem, ulga, obawa przed opuszczeniem (izolacją), samotność, hiperczułość w kwestiach zdrowia, hipochondria, obsesyjne i intruzywne myśli, złość, gniew, zwiększona kontrola, szukanie sensu, strach, lęk <i>Gratefulness, fear of recurrence, relief, fear of abandoning (isolation), loneliness, hypervigilance concerning health, obsessive and intrusive thoughts, anger, increased control, looking for purpose/meaning, fear, anxiety</i>
<b>Zadania fazy</b> <i>Tasks in this phase</i>	Radzić sobie z rzeczywistością zmiany życia (już na zawsze), żyć z niepewnością, przystosować się do późnych następstw leczenia, szukać informacji odnośnie do długoterminowej adaptacji i wyleczenia, mniej polegać na służbie zdrowia, wrócić do „normalnego” życia, odsuwać lęk przed nawrotem, przeformułować role w rodzinie, wśród przyjaciół, w społeczności, w pracy, ustalić i/lub przeformułować cele i aspiracje, uczyć się ponownie zaufania do siebie i otoczenia, akceptować swoją śmiertelność bez natychmiastowego wywoływania dystresu <i>Cope with the situation of changing one's life (forever), live with uncertainty, adjust to late effects of treatment, look for information concerning long-term adjustment and about being cured, rely less on health care, return to the "normal life," move away the fear of recurrence, reformulate roles in the family, among friends, in the community and at work, specify and/or reformulate goals and aspirations, learn to trust oneself and the surrounding people again, accept one's mortality without evoking instant distress</i>
<b>NAWRÓT</b> RECURRENCE	
<b>Osobiste znaczenie fazy</b> <i>Personal meaning of the phase</i>	Co złego zrobiłem? Czy to przez moje negatywne nastawienie? Byłem głupi, mając nadzieję, że to się skończyło na zawsze. Pokonałem chorobę poprzednim razem, pokonam ją i teraz. Zawsze spotyka mnie coś złego. Mówią mi, że jestem w porządku, ale nie jestem. Znowu muszę to wszystko przejść – jeszcze raz? To nie ma sensu. Poddaję się. <i>What have I done wrong? Is this because of my negative attitude? I was foolish to hope that this was over. I won the battle then, I will do it now again. Bad things always happen to me. They are telling me it is OK, but it is not. Do I have to go through it all – again? This is pointless. I give up</i>

Tab. 1. Psychologiczne aspekty fazy choroby nowotworowej i leczenia<sup>(35)</sup>Tab. 1. Psychological aspects of the phases of cancer and its treatment<sup>(35)</sup>



<b>Sposób przeżywania, objawy</b> <i>Experiencing the phase, symptoms</i>	Złość, gniew, depresja, lęk, szok, utrata nadziei, zaprzeczanie, poczucie winy, utrata zaufania, poczucie izolacji, duża podatność na zranienie, poczucie utraty kontroli, konfrontacja ze śmiercią, szukanie sensu <i>Anger, depression, anxiety, shock, loss of hope, denial, guilt, loss of trust, feeling of isolation, high vulnerability to being hurt, feeling of losing control, confrontation with death, looking for purpose/meaning</i>
<b>Zadania fazy</b> <i>Tasks in this phase</i>	Ponownie odzyskać nadzieję, akceptować niepewną przyszłość, rozumieć informacje dotyczące nowej sytuacji, odzyskać perspektywę czasową odpowiednio do zmian w rokowaniach, rozmawiać z ludźmi o nowej sytuacji, podejmować decyzje odnośnie do nowego leczenia, zintegrować rzeczywistość natury nowotworu i prawdopodobną śmierć z tego powodu, tolerować zmiany w codziennej rutynie i odgrywanych rolach, przystosować się do ponownego wzrostu zależności, ponownie inwestować w leczenie <i>Regain hope, accept uncertain future, understand information concerning the new situation, regain time perspective respective to changes in prognosis, talk to people about the new situation, make decisions concerning the new treatment, integrate the reality of the nature of cancer and a probable death due to this disease, tolerate changes in the everyday routine and social roles, adjust to increased dependency again, invest in treatment again</i>
<b>FAZA ZAAWANSOWANA</b> <i>ADVANCED PHASE</i>	
<b>Osobiste znaczenie fazy</b> <i>Personal meaning of the phase</i>	Tracę kontrolę. Czy proponują mi nowe leczenie? Co zrobiłem złego? Załamam się? <i>I am losing control. Will they offer a new treatment to me? What have I done wrong? Am I breaking down?</i>
<b>Sposób przeżywania, objawy</b> <i>Experiencing the phase, symptoms</i>	Depresja, lęk, strach, zaprzeczanie, gniew, złość, lęk przed intymnością, bliskością <i>Depression, fear, anxiety, denial, anger, fear of intimacy and closeness</i>
<b>Zadania fazy</b> <i>Tasks in this phase</i>	Utrzymać nadzieję, tolerować, akceptować opiekę medyczną, rozwijać umiejętności radzenia sobie, dbać o otwartą komunikację z rodziną, przyjaciółmi, pracownikami służby zdrowia, ocenić (i wybierać) leczenie i dostępne możliwości opieki <i>Maintain hope, tolerate and accept medical care, develop the ability to cope, care about open communication with the family, friends and health care workers, assess (and choose) therapies and methods of care</i>

Tab. 1. Psychologiczne aspekty fazy choroby nowotworowej i leczenia<sup>(35)</sup> (cd.)

Tab. 1. Psychological aspects of the phases of cancer and its treatment<sup>(35)</sup> (cont.)

Wiele uwagi w badaniach poświęcono **zwłękaniu** z diagnozą, które rozumiane jest jako okres pomiędzy pierwszymi zauważalnymi oznakami choroby a najbliższą konsultacją lekarską<sup>(37)</sup>. Wyróżnia się następujące etapy zwłękania:

1. **Zwłękanie z oceną symptomów** (*appraisal delay*) – stanowi ono większość czasu zwłoki w diagnozie nowotworu i wiąże się z trudnością oszacowania powagi obserwowanych objawów i swoich możliwości poradzenia z ich konsekwencjami;
2. **Zwłękanie z chorobą** (*illness delay*) – jest to liczba dni upływających od stwierdzenia przez osobę, że jest chora, do dnia, w którym postanowi skorzystać z pomocy lekarskiej. W tym okresie człowiek ocenia i decyduje, czy odczuwane symptomy świadczą o chorobie i czy jest ona inna od tych, które zna dotychczas. Może także podjąć leczenie bez odwoływania się do pomocy lekarskiej.
3. **Zwłękanie behawioralne** (*behavioral delay*) – liczba dni (miesiące, lat) pomiędzy decyzją o szukaniu pomocy medycznej a momentem zaktualizowania tej decyzji przez udanie się do lekarza.
4. **Zwłękanie z planowanym działaniem** (*scheduling delay*) dotyczy podjęcia osobistego działania w związku z uzyskanymi wskazówkami lekarskimi.

W literaturze podejmowane są próby głębszego zrozumienia mechanizmu zwłękania. Silnie potwierdzony jest związek między długością opóźnienia a statusem socjoekonomicznym i poziomem wykształcenia. Niższy poziom wykształcenia, a także niższy status korelują z dłuższym okresem zwłękania<sup>(40,41)</sup>. Mniej potwierdzone są związki długości zwłękania z płcią i wiekiem. Istnieją dane sugerujące, że

2. **Illness delay** – it is the number of days that pass from the moment a person realizes that he or she is ill until the decision of seeking medical advice is made. At this time, a person assesses and decides whether the symptoms experienced are signs of a disease and whether this disease is different to those experienced so far. A person may also begin treatment without consulting the physician.

3. **Behavioral delay** – the number of days (month, years) between the decision about seeking medical advice is made and the moment of actually doing so.

4. **Scheduling delay** – concerns undertaking personal actions connected with the physician's advice.

Researchers attempt to gain a deeper understanding of the mechanism of delay. There is a strongly confirmed relationship between the length of delay and the socioeconomic status as well as level of education. Lower education and lower status correlate with longer delay<sup>(40,41)</sup>. The relationship of delay with age and sex is not as strongly confirmed. There are data suggesting that a younger age may be associated with longer delay<sup>(41)</sup>, but other data indicate that older people tend to delay more<sup>(42)</sup>.

The knowledge about cancer of people that delay diagnosis is characterized by intense emotional aspects, and the idea of cancer is biased towards hopelessness. However, as has been mentioned above, the developing symptoms are interpreted in a positive way as “not threatening.”<sup>(43)</sup> Delaying persons are also unaware which symptoms may indicate cancer, which probably favors delay<sup>(43,37)</sup>.

młodszy wiek jest powiązany z dłuższym okresem zwlekania<sup>(41)</sup>, ale również takie, które dowodzą czegoś przeciwnego – starsze osoby dłużej zwlekają<sup>(42)</sup>.

Wiedzę na temat raka, jaką posiadają osoby zwlekające, charakteryzuje silne zabarwienie emocjonalne, a obraz nowotworów jest tendencyjnie zmieniony ku beznadziejności. Jednak pojawiające się objawy chorobowe, jak wspomniano, są interpretowane w niezagrażający, pozytywny sposób<sup>(43)</sup>. U osób zwlekających stwierdzono także niewielką znajomość objawów choroby nowotworowej, co prawdopodobnie może ułatwiać zwlekanie<sup>(43,37)</sup>.

### Faza diagnozy nowotworu

Etap diagnostyczny choroby to okres od zgłoszenia się do lekarza i podjęcia badań do potwierdzenia obecności nowotworu. Ten czas charakteryzuje się dużym zakłóceniem równowagi psychicznej, spowodowanym poczuciem zagrożenia, niepewnością dalszego losu i przewidywaniem możliwości złej prognozy<sup>(36)</sup>. Strach, szok, zaprzeczanie, poczucie zamrożenia (odrętwienia) są często spotykanymi manifestacjami kryzysu doświadczanego w tym okresie. Konfrontacja z własną śmiertelnością, kwestie egzystencjalne przejawiają się w doświadczanym dystresie, lęku, depresji, szukaniu sensu. Wiąże się to z „mitem raka”, co wpływa na rodzaj działań podejmowanych wobec zauważanych objawów. Chorych niepokoi przyszłość, rodzaj leczenia, jakie ich czeka, a także myśli na temat możliwości poradzenia sobie z tym, co ich spotyka. Konieczność wykonania badań często jest również trudnym, niepokojącym zadaniem. Wielu chorych po raz pierwszy spotyka się z proponowanymi metodami diagnostycznymi.

Już w tym czasie wiele osób poszukuje wyjaśnienia, zrozumienia, dlaczego spotyka ich choroba, jakie są jej przyczyny<sup>(44,45)</sup>. Przeżywana faza ostrego dystresu mija na ogół po 7–14 dniach, kiedy to uwaga chorego przesuwana jest na planowanie leczenia.

### Faza leczenia nowotworu

Oczekiwanie na rozpoczęcie leczenia charakteryzuje się przeżywaniem dużego napięcia, które często manifestuje się trudnościami w zasypianiu, budzeniem się w środku nocy, zmęczeniem po obudzeniu rano. Podobnie czas leczenia cechuje się przeżywaniem lęku związanego z niepewnością i nieprzewidywalnością samej choroby, a zwłaszcza terapii. Pojawia się również nadzieja na wyzdrowienie, na możliwość poradzenia sobie z kryzysem choroby. Ważną kwestią jest tu podejmowanie decyzji przez pacjenta i przyjmowanie informacji o proponowanym leczeniu. Chorzy lepiej radzą sobie w trakcie terapii, jeśli zostali adekwatnie poinformowani<sup>(46)</sup>. Jednak trzeba pamiętać, że pacjenci różnią się zapotrzebowaniem na informacje.

Właściwie każdy rodzaj leczenia stosowany w onkologii wiąże się z występowaniem objawów niepożądanych. Pacjenci niejednokrotnie przywiązują wagę do takich objawów, które dla lekarza są mało ważne. Przykładowo łysienie lub

### Phase of cancer diagnosis

The diagnostic stage is a period from reporting to the physician and conducting tests to confirm the presence of cancer. This period is characterized by disturbances in the mental balance caused by a feeling of threat, uncertainty of the future and anticipating a possible unfavorable prognosis<sup>(36)</sup>. Fear, shock, denial and the feeling of freezing (numbness) are common manifestations of the crisis experienced in this period. The confrontation with one's mortality and existential issues are reflected in distress, anxiety, depression and searching for the meaning. This is associated with a "myth of cancer" and affects the manner of actions that an individual undertakes in connection with perceived symptoms. Patients are concerned about the future, the type of treatment that awaits them as well as the thoughts about the possibilities of coping with what happened. The necessity of performing examinations is also a difficult and stressful task. A lot of patients encounter the proposed diagnostic methods for the first time.

At this stage, patients tend to look for an explanation and try to understand why the disease has affected them and what the causes were<sup>(44,45)</sup>.

The acute distress phase usually subsides after 7–14 days when patients start focusing on planning the therapy.

### Phase of cancer treatment

Waiting for the commencement of the therapy is characterized by considerable tension which is frequently manifested with difficulties in falling asleep, waking up in the middle of the night and feeling tired in the morning. The treatment period is also characterized by anxiety associated with uncertainty and unpredictable character of the disease itself, particularly of the therapy. There is also hope for curing cancer and for one's ability to cope with the crisis brought about by the disease. Making decisions and receiving information about the proposed treatment is a crucial aspect. Patients do better during the therapy if they are adequately informed about it<sup>(46)</sup>. It must be remembered, however, that patients vary in the level of the need for information.

All types of therapies applied in oncology are associated with adverse effects. Patients frequently pay attention to symptoms that are not really relevant for a physician. For instance, alopecia or nausea are frequently considered inconvenient for patients whereas a physician thinks of them as typical symptoms that accompany treatment. A physician pays more attention to different conditions that result from the treatment and are frequently asymptomatic, such as changes in complete blood count (lower levels of platelets or leucocytes). Adverse effects experienced during treatment disturb daily living, functioning in the family and professional roles. They also threaten self-confidence, the manner in which patients perceive their own bodies and

nudności są często odbierane przez chorego jako szczególnie uciążliwe, podczas gdy dla lekarza są typowymi objawami towarzyszącymi leczeniu. Dla lekarza ważniejsze są natomiast inne, nieraz bezobjawowo przebiegające następstwa leczenia, widoczne na przykład w morfologii krwi (obniżenie liczby płytek krwi czy leukocytów). Doświadczane w trakcie leczenia objawy niepożądane zakłócają codzienne życie, funkcjonowanie w rolach rodzinnych, zawodowych, zagrażają obrazowi własnego ciała, pewności siebie, a nawet wywołują czasami zmiany w systemie wartości<sup>(47)</sup>. Dla znacznej grupy chorych najbardziej uciążliwe i najtrudniejsze do udźwignięcia są objawy natury psychologicznej (takie jak na przykład wybuchy gniewu czy złości), a nie fizycznej (na przykład nudności). Niektórzy pacjenci nawet rezygnują z leczenia lub przerywają je z powodów emocjonalnych<sup>(2)</sup>.

### Faza remisji

Zakończeniu leczenia towarzyszy, pozornie paradoksalny, niepokój. Chorych martwi brak częstych wizyt u lekarza, rzadsze monitorowanie ich stanu zdrowia. Boją się utraty ochrony i bezpieczeństwa, jakie dawało im leczenie, a w związku z tym niepokoi ich możliwy nawrót nowotworu. Mają poczucie utraty protekcji leczenia, w związku z czym doświadczają ciągłej niepewności, czują się przytłoczeni lękiem przed możliwym nawrotem (co w literaturze psychoonkologicznej jest nazywane zespołem miecza Damoklesa). Okres remisji bywa również czasem, w którym nasilają się dolegliwości hipochondryczne. Przed każdą wizytą u lekarza podwyższa się lęk i nasila czujność. Rodzina i przyjaciele, którzy bardzo wspierali chorego w czasie diagnozy i leczenia, często unikają rozmów na ten temat po zakończeniu leczenia i traktują go jako kogoś zupełnie zdrowego. Wiele osób boryka się z brakiem dostatecznego wsparcia, problemami zawodowymi czy ekonomicznymi<sup>(48)</sup>. Objawem często występującym w tym okresie, doświadczanym także na innych etapach leczenia raka, jest zmęczenie. Zmęczenie to jest poważniejsze i trwa dłużej niż tak zwane codzienne zmęczenie, a ponadto nie ustępuje pomimo adekwatnej ilości snu i odpoczynku. U części osób, które zakończyły leczenie przeciwnowotworowe, poziom zmęczenia przez bardzo długi okres nie wraca do poziomu sprzed choroby<sup>(2)</sup>. Uznając wagę tego symptomu, wprowadzono pojęcie zmęczenia związanego z chorobą nowotworową (*cancer related fatigue*, CRF).

Wśród kryteriów rozpoznawania CRF są:

- Występowanie codziennie lub prawie codziennie przez 2 tygodnie w ciągu ostatniego miesiąca istotnego zmęczenia, spadku energii lub zwiększonej potrzeby odpoczynku.
- Dodatkowo wystąpienie 5 lub więcej niżej wymienionych objawów: ogólnego osłabienia lub uczucia ciężkości kończyn, osłabienia koncentracji, uwagi, bezsenności lub nadmiernej senności. Objawy odczuwane przez chorego obejmują ponadto: odczuwanie zmęczenia pomimo przespanej nocy, konieczność zmuszania się do podjęcia

even affect the system of values<sup>(47)</sup>. A number of patients find it harder to cope with psychological symptoms (such as outbursts of anger) than with physical ones (e.g. nausea). Some patients even give up treatment or stop it due to emotional reasons<sup>(2)</sup>.

### Remission phase

The conclusion of treatment is accompanied by apparently paradoxical anxiety. Patients are concerned about not visiting the physician so often and monitoring their health more rarely. They are afraid of losing protection and safety that the therapy had given them, and they are worried about a possible relapse. They feel that they have lost the protection of treatment and live in constant uncertainty. They are overwhelmed with fear of a possible recurrence (in the literature connected with psycho-oncology, this is called “the sword of Damocles syndrome”). The period of remission is also the time in which hypochondriac symptoms exacerbate. Anxiety and vigilance increase prior to every visit. The family and friends, who supported patients during diagnosis and treatment, frequently avoid talking about the period after the therapy and treat patients as completely healthy. A lot of people struggle with the lack of adequate support or professional and economic problems<sup>(48)</sup>.

A symptom that is frequently observed in this period is fatigue, which is also experienced during other phases of treatment. This fatigue, however, is more severe and lasts longer than so-called daily fatigue. Moreover, it does not subside despite adequate amount of sleep and rest. In some patients who finished anticancer treatment, the level of fatigue never returns to the one from before the diagnosis<sup>(2)</sup>. Due to the importance of this symptom, a term “cancer-related fatigue” (CRF) was introduced.

The criteria of diagnosing CRF include:

- Experiencing significant fatigue, loss of energy or increased need for rest every day or nearly every day for 2 weeks within the past month.
- The presence of 5 or more of the following symptoms: general weakness or feeling of heavy limbs, poor concentration or alertness and sleeplessness or excessive drowsiness. Moreover, the symptoms experienced by patients may also include: feeling tired even after sleeping well though the whole night, necessity of forcing oneself to become active, a sensible emotional reaction to fatigue (sadness, frustration, tendency to feel irritated, dysphoria), difficulty in performing daily tasks resulting from tiredness, short-term memory problems and malaise lasting for several hours.
- The symptoms cause clinically relevant disturbance or problem in social or health-related functioning or in any other important sphere of life.
- Interview, physical examination or laboratory tests show that these symptoms result from the cancer disease or its treatment<sup>(49)</sup>.

aktywności, dostrzegalną reakcją emocjonalną na uczucie zmęczenia (smutek, frustracja, skłonność do irytacji, dysforia), trudności z wykonywaniem codziennych zadań wynikające ze zmęczenia, problemy z pamięcią krótką i złe samopoczucie trwające kilka godzin.

- Objawy powodują klinicznie istotne upośledzenie lub problem w zakresie funkcjonowania społecznego, zawodowego bądź w jakiegokolwiek innej ważnej dziedzinie życia.
- Wywiad, badanie przedmiotowe lub badania laboratoryjne świadczą o tym, że objawy te są skutkiem choroby nowotworowej lub leczenia onkologicznego<sup>(49)</sup>.

CRF często współwystępuje z problemami psychologicznymi, zaburzeniami snu i mniejszym poziomem aktywności. Funkcjonowanie seksualne także pozostaje pod znaczącym wpływem przebytej choroby i stosowanego leczenia. Oczywiście, na funkcjonowanie seksualne w istotny sposób wpływa jakość związku, ale radioterapia, chemioterapia czy leczenie hormonalne mogą na przykład obniżać poziom seksualnego pożądania.

### Faza nawrotu nowotworu

Znaczna grupa pacjentów doświadcza nawrotu choroby nowotworowej. Część autorów<sup>(35)</sup> uważa, że pierwszy nawrót raka jest najbardziej stresującym, przytłaczającym wydarzeniem. Chorzy czują się oszukani, sfrustrowani, niektórzy przypisują sobie odpowiedzialność za wznowę choroby. Chcą natychmiastowej interwencji medycznej, a z drugiej strony werbalizują wątpliwości dotyczące sensowności dalszych wysiłków i leczenia. Nawrót choroby uświadamia choremu, że rak nie został wyleczony, a perspektywa śmierci wskutek choroby staje się coraz bardziej możliwa<sup>(50)</sup>. Pacjent może swoją złość na sytuację przenosić na pracowników służby zdrowia, rodzinę, a jeśli otoczenie nie rozumie jego zachowania, jeszcze bardziej utrudnia to jego położenie.

### Faza zaawansowana (leczenie paliatywne)

Krytycznym momentem staje się sytuacja wyczerpania możliwości leczenia przyczynowego. Chorzy, dla których kontynuowanie leczenia było jedynym akceptowanym działaniem, bardzo silnie przeżywają kryzys manifestujący się między innymi paniką, lękiem, wybuchami złości. Niektórzy z nich nie są w stanie znieść nawet rozmowy o potencjalnej stracie, o braku możliwości dalszego skutecznego leczenia<sup>(51)</sup>. W związku z tym wielu chorych po rozpoznaniu nawrotu chętnie decyduje się na uczestniczenie w badaniach klinicznych, które oferują leki niedostępne w standardowym postępowaniu terapeutycznym. Uciekanie się do medycyny komplementarnej jest również często spotykane w tej fazie choroby.

Aby dobrze się przystosować na tym etapie zmagania się z chorobą nowotworową, chory musi ponownie przeformułować swoją sytuację, jej postrzeganie i zmodyfikować swoje cele. Osoby z bardziej zaawansowaną chorobą, z gorszym

CRF is frequently concomitant with psychological problems, sleep disorders and lower level of activity.

Sexual functioning is also considerably affected by the disease and treatment. This sphere of life is of course significantly affected by the quality of a relationship, but radiotherapy and chemotherapy or hormonal treatment may lower libido.

### Recurrence phase

A considerable number of patients experience recurrence of cancer. Some authors<sup>(35)</sup> believe that the first recurrence is the most stressful and overwhelming experience. Patients feel deceived, frustrated, some even think that they themselves are responsible for a relapse. They want an immediate medical intervention, but on the other hand, they verbalize doubts concerning the sense of further efforts and treatment. A recurrence of cancer makes patients realize that the disease was not cured, and the perspective of death due to the disease becomes more and more possible<sup>(50)</sup>. Patients may vent their anger with the situation on health care workers or family, and the situation becomes even more difficult if these people do not understand such a behavior.

### Advanced phase (palliative treatment)

The situation in which the possibilities of causal treatment have run out is a critical moment. Patients for whom continuing the treatment is the only acceptable action go through a severe crisis that manifests itself with panic, anxiety and outbursts of anger. Some patients are even unable to bear a conversation about a potential loss and lack of the possibilities of further effective treatment<sup>(51)</sup>. Therefore, numerous patients decide to participate in clinical trials which offer drugs unavailable in standard therapies. Seeking help in alternative medicine practitioners is also frequently observed in this phase of treatment.

In order to adjust to this phase of the disease, patients must reformulate their situation and the manner in which it is perceived as well as modify their goals. Patients with more advanced cancer and with worse functioning experience greater distress. Deterioration of health also results in difficulties to maintain relationships with people since the disease absorbs lots of physical and mental energy. Moreover, reducing contact with other people is associated with depression and understandable preoccupation with one's situation. Withdrawal from interpersonal activity and cutting ties with people who gave support and hope in the previous phases of the disease frequently causes "social death," a situation in which one does not exist while still living.

### Terminal phase

Deterioration of health and further exacerbation of symptoms moves the patients to the advanced phase. The dependence on the surroundings progresses here.



funkcjonowaniem doświadczają większego dystresu. Pogorszenie stanu zdrowia przejawia się także w trudnościach z utrzymaniem relacji z ludźmi, gdyż choroba pochłania wiele energii fizycznej i psychicznej pacjenta. Dodatkowo ograniczenia kontaktów z innymi wiążą się także z depresją i zrozumiętym zaabsorbowaniem swoją sytuacją. Wycofanie z aktywności interpersonalnej, zerwanie więzi z osobami, które udzielały wsparcia i nadziei w poprzednich fazach choroby, często stwarza sytuację społecznej śmierci, nieistnienia jeszcze za życia.

### Faza terminalna

Pogorszenie stanu zdrowia, dalsze nasilenie objawów przesuwa chorego do fazy zaawansowanej. Postępuje tu zależność od otoczenia. Reakcja na ten stan zależy w dużej mierze od stopnia dojrzałości psychicznej chorego. Chorzy dokonują, często podświadomie, bilansu dotychczasowego życia i z tego wynika ich koncentracja na przeszłości<sup>(52)</sup>. Myślenie pacjentów charakteryzuje pewien stopień regresji do poziomu myślenia życzeniowego (na przykład „Muszę dożyć do ślubu syna”) lub myślenia magicznego (opracowywanie specjalnych sposobów działania, które mają zapewnić zdrowie). W sferze uczuciowej dominują uczucia negatywne, takie jak smutek (wynikający zarówno z aktualnej sytuacji, jak i przewidywanej utraty ważnych dla chorego wartości), drażliwość przeradzające się w wybuchowość i zmiany nastroju. Występuje także poczucie winy, skojarzone często z uczuciem upokorzenia i wstydu<sup>(52,53)</sup>. Stosunkowo często obserwuje się wytworzenie specyficznego zespołu przystosowawczego zwanego zespołem psychoterminalnym<sup>(52)</sup>. Wielu autorów<sup>(53)</sup> mówi o fenomenie nadziei u tych chorych – nadziei „dużego formatu” (oczekiwanie wyzdrowienia) stopniowo przeradza się w tak zwaną „małą nadzieję” (oczekiwanie poprawy na przykład w zakresie jednego konkretnego objawu). Faza umierania wiąże się z pogarszaniem się stanu ogólnego pacjenta, dominacją objawów fizycznych, zmianami emocjonalnymi, pogarszającym się funkcjonowaniem poznawczym i zaburzeniami świadomości. Istnieją doniesienia sugerujące, że nasilenie dystresu jest znacząco wyższe w ostatnich dwóch czy trzech miesiącach życia chorego, a szczególnie w ostatnim miesiącu<sup>(54,55)</sup>.

### ADAPTACJA A POTRZEBY INFORMACYJNE CHORYCH NA RAKA

Ważnym czynnikiem wpływającym na przystosowanie do choroby i leczenia jest rodzaj kontaktu chorego z lekarzem. Optymalny kontakt z lekarzem pomaga w konstruktywnym zmaganiu się z doświadczanym kryzysem choroby. Jedną z kluczowych cech tego kontaktu jest dostarczanie choremu informacji na każdym z etapów choroby/leczenia. W tab. 2 ujęto charakterystyczne dla kolejnych faz leczenia potrzeby informacyjne, co oznacza, że lekarz powinien mieć na uwadze opisane kwestie w trakcie rozmowy z chorym i/lub jego rodziną.

The reaction to such a situation mainly depends on the mental maturity of the patient. They, frequently subconsciously, evaluate their lives and therefore focus on the past<sup>(52)</sup>. The way patients think is characterized by a certain degree of regression to wishful thinking (e.g. “I must live to my son’s wedding”) or magical thinking (designing special strategies to improve health). In the emotional sphere, negative emotions prevail, such as: sadness (resulting from the situation and anticipated loss of important values), irritability developing into irascibility and mood swings. There is also a sense of guilt, often combined with humiliation and shame<sup>(52,53)</sup>. Frequently, a specific adjustment syndrome develops, called “psychoterminal syndrome”<sup>(52)</sup>. Numerous authors<sup>(53)</sup> also mention the phenomenon of hope in such patients: the hope of the “higher caliber” (curing the disease) gradually turns into so-called “lesser hope” (expecting improvement in one specific symptom).

The phase of dying is associated with aggravated general condition, predominance of physical symptoms, emotional changes, deteriorated cognitive abilities and disorders of consciousness. There are reports suggesting that distress is considerably increased in the last two or three months of life, and particularly in the last month<sup>(54,55)</sup>.

### ADJUSTMENT AND NEED FOR INFORMATION OF CANCER PATIENTS

The type of patient-doctor relationship is an important factor that affects adjustment to the disease. Optimal contact with the physician helps in constructive struggle with the crisis experienced. One of the key features of such contact is providing patients with information at each stage of the disease or its treatment. Tab. 2 presents information needs characteristic of consecutive phases of the treatment. A physician should take the issues presented into account while talking to patients and/or their families.

Adjusting the manner of passing information and its range to patients’ needs helps them adjust to the situation of the disease and treatment.

### ADJUSTMENT VS. CONSEQUENCES OF DISEASE AND TREATMENT

The same treatment that causes an increase of people permanently cured of cancer also causes numerous physical and psychological effects. Negative consequences of the disease include all problems in performing normal activities. They affect mental adjustment to the cured disease and are associated with disorders in functioning. Difficulties in psychological adjustment may also result from fatigue, pain, anorexia and cachexia, sexual dysfunction and neuropsychological deficits. They are divided into late effects and long-term effects. However, it is not always possible to distinguish the type of effects in patients since the borders between them are difficult to delineate.



Faza choroby i jej leczenia <i>Phase of the disease and treatment</i>	Informacyjne potrzeby chorych <i>Information needs of patients</i>
Diagnostyka <i>Diagnosis</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rodzaj i cel procedur diagnostycznych, które mają być wykonane <i>Type and aim of diagnostic procedures that must be performed</i></li> <li>• Kiedy można oczekiwać wyników badań <i>When results can be expected</i></li> <li>• Określenie, kto jest lekarzem prowadzącym <i>Specifying who the attending physician is</i></li> <li>• Określenie i/lub uznanie częstych w tej fazie emocji (np. lęku, niepewności) <i>Specifying and/or acknowledging emotions that are frequent in this phase (e.g. fear, uncertainty)</i></li> <li>• Wskazówki, jak mówić innym o diagnozie <i>Giving tips on how to talk to people about the diagnosis</i></li> <li>• Pomoc w podejmowaniu decyzji odnośnie do leczenia, zalety i wady proponowanych rozwiązań <i>Help in making decisions concerning the treatment, advantages and disadvantages of the solutions proposed</i></li> </ul>
Leczenie operacyjne <i>Surgical treatment</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rodzaj planowanego zabiegu operacyjnego <i>Type of the surgical procedure</i></li> <li>• Kiedy można oczekiwać wyniku badania histopatologicznego <i>When the results of the histopathological examination can be expected</i></li> <li>• Spodziewana długość hospitalizacji i prawdopodobny czas powrotu do sił, możliwe ograniczenia, konsekwencje powodujące niesprawność chorego <i>Expected length of hospitalization and probable time of recovery, possible limitations, consequences resulting in disability</i></li> <li>• Wpływ choroby na członków rodziny <i>Influence of the disease on family members</i></li> <li>• Niepokój, obawy dotyczące bólu i innych symptomów <i>Anxiety, fear concerning pain and other symptoms</i></li> </ul>
Leczenie <i>Treatment</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rodzaj i długość planowanego leczenia <i>Type and length of the therapy</i></li> <li>• Spodziewane skutki uboczne leczenia i prawdopodobny czas ich wystąpienia <i>Expected adverse effects and probable time of their development</i></li> <li>• Sposoby radzenia sobie ze skutkami ubocznymi <i>Manners of coping with adverse effects</i></li> <li>• Prawdopodobne czasowe zmiany w odgrywanych rolach <i>Probable temporary changes in the social roles performed</i></li> <li>• Dostępność informacji na temat choroby, jej leczenia i konsekwencji, wsparcia <i>Availability of information on the disease, its treatment and consequences, support</i></li> </ul>
Remisja <i>Remission</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kiedy konieczne są badania i wizyty kontrolne <i>When examinations and follow-up visits are necessary</i></li> <li>• Obawy charakterystyczne dla tego etapu (lęk przed nawrotem) <i>Concerns typical for this phase (fear of recurrence)</i></li> <li>• Ważność równowagi między potrzebami chorego a rodziny <i>Importance of the balance between the patient's needs and the needs of his/her family</i></li> <li>• Dostępność informacji, wsparcia na temat życia po leczeniu raka <i>Availability of information and support concerning life after the treatment of cancer</i></li> </ul>
Nawrót <i>Recurrence</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rodzaj planowanego leczenia <i>Type of the treatment</i></li> <li>• Spodziewane skutki uboczne i prawdopodobny czas ich wystąpienia oraz sposoby radzenia sobie z nimi <i>Expected adverse effects and probable time of their development and the manners of coping with them</i></li> <li>• Określenie i/lub uznanie częstych w tej fazie emocji (np. niepewności, smutku, strachu) <i>Specifying and/or acknowledging emotions that are frequent in this phase (e.g. uncertainty, sadness, fear)</i></li> <li>• Sposoby zachowania nadziei pomimo nawrotu <i>Manners of keeping hope despite the recurrence</i></li> <li>• Dostępność informacji, wsparcia <i>Availability of information and support</i></li> </ul>

Tab. 2. Informacyjne potrzeby chorych w trakcie przebiegu choroby<sup>(56)</sup>Tab. 2. Information needs of cancer patients<sup>(56)</sup>

Dostosowanie sposobu przekazywania informacji i ich zakresu do potrzeb chorego pomaga mu w istotny sposób dobrać przystosować się do sytuacji choroby i leczenia.

### NASTĘPSTWA PRZEBYTEJ CHOROBY I LECZENIA A ADAPTACJA

To samo leczenie, które przyczynia się do zwiększania liczby osób trwale wyleczonych z nowotworu, powoduje wiele fizycznych i psychologicznych symptomów. Negatywne następstwa przebytej choroby to wszelkie problemy

Long-term effects are symptoms that developed during the treatment and persist for the period of five years after the therapy ended. They include: neuropathies, fatigue, cognitive or sexual disorders, anxiety or depression.

Late effects are symptoms that were not present or identified during treatment, but developed as a result of treating a given organ or are a consequence of the disease and therapy in the mental sphere. These effects include: dysfunction of the skeletal muscles or vessels, or hypothyroidism. Moreover, there are reports<sup>(57)</sup> suggesting that patients in whom cancer was successfully treated tend to overlook other health

z wykonywaniem normalnych dla danej osoby aktywności. Wpływają one na przystosowanie psychiczne do choroby i wiążą się z zaburzeniami funkcjonowania. Trudności w psychologicznej adaptacji mogą być również wynikiem zmęczenia, bólu, anoreksji i kacheksji, dysfunkcji seksualnej, deficytów neuropsychologicznych. Dzieli się je na: odległe (*late effects*) i długotrwałe następstwa leczenia (*long-term effects*). Nie zawsze możliwe jest wyraźne ustalenie, jaki rodzaj symptomu występuje u chorego, ponieważ często trudno wytyczyć granicę między nimi.

Za następstwa długotrwałe uważa się takie objawy, które rozwinęły się w trakcie leczenia i utrzymują się jeszcze przez okres pięciu lat od jego zakończenia. Należą do nich na przykład: neuropatie, zmęczenie, zaburzenia poznawcze czy seksualne, lęk lub depresja.

Odległe następstwa to takie, które nie były obecne lub zidentyfikowane w trakcie leczenia, ale rozwinęły się w konsekwencji leczenia chorego narządu lub są następstwem choroby i terapii w obszarze psychicznym. Do tych objawów należą: dysfunkcje mięśni szkieletowych, naczyń krwionośnych lub niedoczynność tarczycy. Ponadto istnieją doniesienia<sup>(57)</sup> sugerujące, że osoby z przebytą chorobą nowotworową mają tendencję do niezauważania innych problemów zdrowotnych, co powoduje zwlekanie z podejmowaniem ogólnej kontroli medycznej, a tym samym zwiększa ryzyko chorób.

Opisywane objawy, ograniczające aktywność chorego i jego zaangażowanie w codzienne życie, mogą zaburzać przystosowanie psychiczne. Ważnym obszarem ludzkiej aktywności jest praca, a wielu chorych ogranicza aktywność zawodową lub w ogóle jej zaprzestaje po przebyciu nowotworze. Short, Vasey i BeLue<sup>(58)</sup> porównali osoby wyleczone z raka (średnio 46 miesięcy po diagnozie) z osobami, które doświadczyły innej przewlekłej choroby. Blisko połowa osób z doświadczeniem raka podkreślała niemożność podjęcia pracy. Ograniczenia w podejmowaniu pracy zawodowej wiążą się z pogorszeniem jakości życia chorych, gdyż tracą oni to, co osoby aktywne zawodowo uzyskują w pracy: poczucie tożsamości i celu, satysfakcję, relacje społeczne i lepsze warunki ekonomiczne<sup>(59)</sup>.

Oczywiście, różnice między chorymi w zakresie możliwości podejmowania aktywności zawodowej zależą od wielu czynników, między innymi od lokalizacji nowotworu, stopnia jego zaawansowania, przebitego leczenia, a także obecności innych chorób, dolegliwości oraz wykonywanego zawodu<sup>(58)</sup>. W przeglądzie literatury dokonany przez Spelten, Sprangers i Verbeek<sup>(60)</sup> okazało się, że 62% (30–93% w zależności od badania) chorych po leczeniu raka wróciło do pracy. Niewspierające środowisko zawodowe, praca fizyczna oraz rozpoznanie nowotworu głowy i szyi okazały się czynnikami negatywnie skorelowanymi z powrotem do pracy.

#### Konflikt interesów

*Autorka nie zgłasza finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.*

problems, which causes a delay of a general medical check-up, thus increasing the risk of other diseases.

The symptoms mentioned above reduce the activity of patients in daily living and may disturb the process of mental adjustment. Professional work is an important sphere of activity for people. Numerous patients with cured cancer reduce their professional activity or even cease it. Short, Vasey and BeLue<sup>(58)</sup> compared people cured of cancer (on average 46 months following the diagnosis) with those who experienced a different chronic disease. Nearly a half of patients with the history of cancer emphasized the inability to undertake professional work. The limitations in undertaking work are associated with worse quality of life since such patients lose what other professionally active persons gain from work, i.e. the feeling of identity and purpose, satisfaction, social relationships and economic benefits<sup>(59)</sup>.

The differences between patients regarding the ability to restart professional activity are surely associated with many factors, such as localization of cancer, its stage, undergone treatment and presence of other diseases or ailments as well as the profession itself<sup>(58)</sup>. A review of the literature performed by Spelten *et al.*<sup>(60)</sup> revealed that 62% of patients (30–93% depending on the study) returned to work after the treatment. Unsupportive working environment, physical work and cancer within the head or neck were the factors negatively correlated with a return to work.

#### Conflict of interest

*The author does not report any financial or personal links with other persons or organizations, which might affect negatively the content of this publication or claim authorship rights to this publication.*

#### Piśmiennictwo/Bibliography

1. Madden J: The problem of distress in patients with cancer: more effective assessment. *Clin J Oncol Nurs* 2006; 10: 615–619.
2. McCubbin J, White CA: Psychosocial oncology. In: Missailidis S (ed.): *The Cancer Clock*. John Wiley & Sons, Chichester 2007: 265–288.
3. Spencer SM, Carver CS, Price AA: Psychological and social factors in adaptation. In: Holland JC, Breitbart WS, Jacobsen PB *et al.* (eds.): *Psycho-Oncology*. Oxford University Press, New York 1998: 211–222.
4. Nicolas DR, Veach TA: The psychological assessment of the adult cancer patient. *Prof Psychol Res Pr* 2000; 31: 206–215.
5. Zabora J, Brintzenhofesoc K, Curbow B *et al.*: The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology* 2001; 10: 19–28.
6. Gibson MK, Forastiere AA: Multidisciplinary approaches in the management of advanced head and neck tumors: state of the art. *Curr Opin Oncol* 2004; 16: 220–224.
7. Llewellyn CD, McGurk M, Weinman J: Are psycho-social and behavioural factors related to health related-quality of life in patients with head and neck cancer? A systematic review. *Oral Oncol* 2005; 41: 440–454.
8. Goldstein NE, Genden E, Morrison RS: Palliative care for patients with head and neck cancer: "I would like a quick return to a normal lifestyle." *JAMA* 2008; 299: 1818–1825.

9. Helewa M, Lévesque P, Provencher D *et al.*: Breast Disease Committee and Executive Committee and Council, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada: Breast cancer, pregnancy, and breastfeeding. *J Obstet Gynaecol Can* 2002; 24: 164–180.
10. Dahl AA, Bremnes R, Dahl O *et al.*: Is the sexual function compromised in long-term testicular cancer survivors? *Eur Urol* 2007; 52: 1438–1447.
11. Greenwald HP, McCorkle R: Sexuality and sexual function in long-term survivors of cervical cancer. *J Womens Health (Larchmt)* 2008; 17: 955–963.
12. Koczwara B: Addressing fertility needs of breast cancer patients: oncology perspective. *Expert Rev Anticancer Ther* 2008; 8: 1323–1330.
13. Cella D: Quality of life considerations in patients with advanced lung cancer. *Semin Oncol* 2004; 31 (Suppl 11): 16–20.
14. Graves KD, Arnold SM, Love CL *et al.*: Distress screening in a multidisciplinary lung cancer clinic: prevalence and predictors of clinically significant distress. *Lung Cancer* 2007; 55: 215–224.
15. Pearman T: Psychosocial factors in lung cancer: quality of life, economic impact, and survivorship implications. *J Psychosoc Oncol* 2008; 26: 69–80.
16. Wasteson E, Nordin K, Hoffman K *et al.*: Daily assessment of coping in patients with gastrointestinal cancer. *Psychooncology* 2002; 11: 1–11.
17. Camilleri-Brennan J, Steele RJ: The impact of recurrent rectal cancer on quality of life. *Eur J Surg Oncol* 2001; 27: 349–353.
18. Rauch P, Miny J, Conroy T *et al.*: Quality of life among disease-free survivors of rectal cancer. *J Clin Oncol* 2004; 22: 354–360.
19. Bidzan M, Zielonka-Sujkowska A, Smutek J: Niektóre uwarunkowania samooceny kobiet operowanych z powodu raka szyjki macicy metodą Wertheima-Meigsa. *Psychoonkologia* 2001; (8): 57–64.
20. Jacobsen PB, Roth AJ, Holland JC: Surgery. In: Holland JC, Breitbart WS, Jacobsen PB *et al.* (eds.): *Psycho-Oncology*. Oxford University Press, New York 1998: 257–268.
21. Bidzan M: Ja realne i ja idealne u kobiet operowanych radykalnie i zachowawczo z powodu guzów łagodnych i nienowotworowych narządów rodnych. *Psychoonkologia* 2003; 7: 101–107.
22. Figueroa-Moseley C, Jean-Pierre P, Roscoe JA *et al.*: Behavioral interventions in treating anticipatory nausea and vomiting. *J Natl Compr Canc Netw* 2007; 5: 44–50.
23. Richardson J, Smith JE, McCall G *et al.*: Hypnosis for nausea and vomiting in cancer chemotherapy: a systematic review of the research evidence. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2007; 16: 402–412.
24. Carelle N, Piotto E, Bellanger A *et al.*: Changing patient perceptions of the side effects of cancer chemotherapy. *Cancer* 2002; 95: 155–163.
25. Pinquart M, Fröhlich C, Silbereisen RK: Change in psychological resources of younger and older cancer patients during chemotherapy. *Psychooncology* 2007; 16: 626–633.
26. Tannock IF, Ahles TA, Ganz PA *et al.*: Cognitive impairment associated with chemotherapy for cancer: report of a workshop. *J Clin Oncol* 2004; 22: 2233–2239.
27. Downie FP, Fan HG, Houédé-Tchen N *et al.*: Cognitive function, fatigue, and menopausal symptoms in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy: evaluation with patient interview after formal assessment. *Psychooncology* 2006; 15: 921–930.
28. Mehnert A, Scherwath A, Schirmer L *et al.*: The association between neuropsychological impairment, self-perceived cognitive deficits, fatigue and health related quality of life in breast cancer survivors following standard adjuvant versus high-dose chemotherapy. *Patient Educ Couns* 2007; 66: 108–118.
29. Hess LM, Insel KC: Chemotherapy-related change in cognitive function: a conceptual model. *Oncol Nurs Forum* 2007; 34: 981–994.
30. Fan HG, Houédé-Tchen N, Yi QL *et al.*: Fatigue, menopausal symptoms, and cognitive function in women after adjuvant chemotherapy for breast cancer: 1- and 2-year follow-up of a prospective controlled study. *J Clin Oncol* 2005; 23: 8025–8032.
31. Bennenbroek FT, Buunk BP, Stiegelis HE *et al.*: Audiotaped social comparison information for cancer patients undergoing radiotherapy: differential effects of procedural, emotional and coping information. *Psychooncology* 2003; 12: 567–579.
32. Stiegelis HE, Hagedoorn M, Sanderman R *et al.*: The impact of an informational self-management intervention on the association between control and illness uncertainty before and psychological distress after radiotherapy. *Psychooncology* 2004; 13: 248–259.
33. Sehlen S, Song R, Fahmüller H *et al.*: Coping of cancer patients during and after radiotherapy – a follow-up of 2 years. *Onkologie* 2003; 26: 557–563.
34. Fritzsche K, Liptai C, Henke M: Psychosocial distress and need for psychotherapeutic treatment in cancer patients undergoing radiotherapy. *Radiother Oncol* 2004; 72: 183–189.
35. Loscalzo M, Brintzenhofesoc K: Brief crisis counseling. In: Holland JC, Breitbart WS, Jacobsen PB *et al.* (eds.): *Psycho-Oncology*. Oxford University Press, New York 1998: 662–675.
36. de Walden-Gałuszko K: Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotanatologii. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1992.
37. Chojnacka-Szawłowska G: Wiedza o symptomach nowotworowych pacjentów poddawanych diagnostyce onkologicznej a stopień klinicznego zaawansowania choroby. *Psychoonkologia* 1998; 2: 27–36.
38. de Nooijer J, Lechner L, de Vries H: A qualitative study on detecting cancer symptoms and seeking medical help; an application of Andersen's model of total patient delay. *Patient Educ Couns* 2001; 42: 145–157.
39. de Nooijer J, Lechner L, de Vries H: Help-seeking behaviour for cancer symptoms: perceptions of patients and general practitioners. *Psychooncology* 2001; 10: 469–478.
40. Ristvedt SL, Trinkaus KM: Psychological factors related to delay in consultation for cancer symptoms. *Psychooncology* 2005; 14: 339–350.
41. Facione NC, Miasowski C, Dodd MJ *et al.*: The self-reported likelihood of patient delay in breast cancer: new thoughts for early detection. *Prev Med* 2002; 34: 397–407.
42. Arndt V, Stürmer T, Stegmaier C *et al.*: Patient delay and stage of diagnosis among breast cancer patients in Germany – a population based study. *Br J Cancer* 2002; 86: 1034–1040.
43. Chojnacka-Szawłowska G: Rozpoznanie choroby nowotworowej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998.
44. Taylor SE, Armor DA: Positive illusions and coping with adversity. *J Pers* 1996; 64: 873–898.
45. Taylor SE, Kemeny ME, Reed GM *et al.*: Psychological resources, positive illusions, and health. *Am Psychol* 2000; 55: 99–109.
46. Miller SM: Monitoring versus blunting styles of coping with cancer influence the information patients want and need about their disease. Implications for cancer screening and management. *Cancer* 1995; 76: 167–177.
47. Bidzan M, Pater-Prais M, Smutek J: Hierarchia wartości u kobiet leczonych z powodu raka szyjki macicy. *Psychoonkologia* 2001; (8): 65–71.
48. Juczyński Z: Radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową. In: de Walden-Gałuszko K (ed.): *Psychoonkologia*. Komitet Redakcyjno-Wydawniczy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Kraków 2000: 23–43.
49. Rzepka K, Nowicki A: Zespół zmęczenia u chorych na raka piersi. *Współcz Onkol* 2010; 14: 321–325.
50. Herth K: Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. *J Adv Nurs* 2000; 32: 1431–1441.
51. Humphris G, Ozakinci G: The AFTER intervention: a structured psychological approach to reduce fears of recurrence in patients with head and neck cancer. *Br J Health Psychol* 2008; 13: 223–230.

52. de Walden-Gałuszko K: U kresu. Wydawnictwo Medyczne MAK-med, Gdańsk 2000.
53. Twycross RG, Lack SA: Leczenie terminalnej fazy choroby nowotworowej. PZWL, Warszawa 1991.
54. Hanson-Frost M, Suman VJ, Rummans TA *et al.*: Physical, psychological and social well-being of women with breast cancer: the influence of disease phase. *Psychooncology* 2000; 9: 221–231.
55. Hwang SS, Chang VT, Fairclough DL *et al.*: Longitudinal quality of life in advanced cancer patients: pilot study results from a VA medical cancer center. *J Pain Symptom Manage* 2003; 25: 225–235.
56. Northouse LL, McCorkle R: Spouse caregivers of cancer patients. In: Holland JC, Breitbart WS, Jacobsen PB *et al.* (eds.): *Psycho-Oncology*. Oxford University Press, New York 2010: 516–521.
57. Earle CC, Neville BA: Under use of necessary care among cancer survivors. *Cancer* 2004; 101: 1712–1719.
58. Short PF, Vasey JJ, Belue R: Work disability associated with cancer survivorship and other chronic conditions. *Psychooncology* 2008; 17: 91–97.
59. Steiner JF, Cavender TA, Main DS *et al.*: Assessing the impact of cancer on work outcomes: what are the research needs? *Cancer* 2004; 101: 1703–1711.
60. Spelten ER, Sprangers MA, Verbeek JH: Factors reported to influence the return to work of cancer survivors: a literature review. *Psychooncology* 2002; 11: 124–131.

### Errata

Magdalena Pisarska-Krawczyk, Grażyna Jarząbek-Bielecka, Małgorzata Mizgier, Amanda Rewers, Joanna Waligórska-Stachura, Rafał Czepczyński, Elżbieta Sowińska-Przepiera, Witold Kędzia

**Nietypowo ukształtowane narządy płciowe lub zaburzenia rozwoju płci. Aspekty medyczne i etyczne**  
***Ambiguous genitalia or disorders of sex development. Medical and ethical aspects***  
*Curr Gynecol Oncol* 2014, 12 (4), p. 259–270, DOI: 10.15557/CGO.2014.0024

Strona 259

Jest:

<sup>3</sup> Klinika Ginekologii, Katedra Perinatologii i Ginekologii, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu.  
Kierownik Kliniki: dr n. med. Grażyna Jarząbek-Bielecka

Powinno być:

<sup>3</sup> Klinika Ginekologii, Katedra Perinatologii i Ginekologii, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu.  
Kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Witold Kędzia

Jest:

<sup>1</sup> Division of Gynecology, Department of Perinatology and Gynecology, Poznan University of Medical Sciences.  
Head of the Division: Grażyna Jarząbek-Bielecka, MD, PhD

Powinno być:

<sup>1</sup> Division of Gynecology, Department of Perinatology and Gynecology, Poznan University of Medical Sciences.  
Head of the Division: Professor Witold Kędzia, MD, PhD

Jest:

Odpowiednia diagnoza zaburzeń rozwoju płci jest istotna również z onkologicznego punktu widzenia – pacjentów z „Y” w kariotypie należy poddać usunięciu gonad w ramach profilaktyki raka germinalnego, np. guzów germinalnych (*dysgerminoma*).

Powinno być:

Odpowiednia diagnoza zaburzeń rozwoju płci jest istotna również z onkologicznego punktu widzenia – pacjentki z „Y” w kariotypie należy poddać usunięciu gonad w ramach profilaktyki raka germinalnego, np. guzów germinalnych (*dysgerminoma*).

Grażyna Jarząbek-Bielecka, Dariusz Radomski, Małgorzata Mizgier, Maciej Wilczak, Magdalena Durda, Maria Kaczmarek, Michał Pawlaczyk, Witold Kędzia, Magdalena Pisarska-Krawczyk

**Dyspareunia i bolesne miesiączki u kobiet z endometriozą – obserwacje kliniczne dotyczące zastosowania dienogestu**  
*Curr Gynecol Oncol* 2014, 12 (4), p. 271–277, DOI: 10.15557/CGO.2014.0025

Strona 271

Jest:

<sup>1</sup> Klinika Ginekologii, Katedra Perinatologii i Ginekologii, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu.  
Kierownik Kliniki: dr n. med. Grażyna Jarząbek-Bielecka

Powinno być:

<sup>1</sup> Klinika Ginekologii, Katedra Perinatologii i Ginekologii, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu.  
Kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Witold Kędzia

Jest:

<sup>1</sup> Division of Gynecology, Department of Perinatology and Gynecology, Poznan University of Medical Sciences.  
Head of the Division: Grażyna Jarząbek-Bielecka, MD, PhD

Powinno być:

<sup>1</sup> Division of Gynecology, Department of Perinatology and Gynecology, Poznan University of Medical Sciences.  
Head of the Division: Professor Witold Kędzia, MD, PhD