

AGATA KALEMBRIK, ZYGFRYD JUCZYŃSKI

Zakład Psychologii Zdrowia  
Instytut Psychologii UŁ

## PSYCHOLOGICZNY WYMIAR „JAKOŚCI ŻYCIA” W CHOROBAH NOWOTWOROWYCH

### WPROWADZENIE

Opieka medyczna koncentruje się przede wszystkim na diagnozie i leczeniu człowieka chorego. Zadania te wynikają z przyjętego w medycynie modelu biomedycznego, który w rzeczywistości pomija udział w etiopatogenezie i terapii czynników psychologicznych i społecznych. Pociąga to za sobą brak osobistej odpowiedzialności człowieka za swoje zdrowie.

Współczesne rozumienie zdrowia zasadza się na podejściu biopsychospołecznym, w którym wymiar fizyczny uzupełniają płaszczyzny psychologiczna i społeczna. Zdrowie może być rozumiane jako właściwość lub proces. To pierwsze wyraża zdolność człowieka do osiągania pełni własnych możliwości fizycznych, psychicznych i społecznych oraz reagowania na wyzwania środowiska (Słońska 1994). W drugim ujęciu zdrowie jest procesem poszukiwania i utrzymywania ciągle naruszanej równowagi (Sęk 1997).

Wspólne dla obydwu ujęć zdrowia w naukach społecznych jest przyjęcie, że u jego podstaw leży złożony i różnorodny zespół czynników. Zdrowie zaś jest wynikiem interakcji zachodzących między procesami biologicznymi, psychologicznymi, społecznymi, kulturowymi i cywilizacyjnymi (Heszen-Niejodek, 2000). Takie ujęcie zdrowia implikuje zależność zdrowia od warunków ekonomicznych, politycznych i kulturowych, w których żyjemy (Wilson 1980; Sheridan, Radmacher 1998).

W ostatnich latach w medycynie, zwłaszcza zaś w onkologii, obserwujemy stopniową zmianę w podejściu do sposobu rozumienia zdrowia. Wspaniałe

techniczne osiągnięcia XX w., które umożliwiły przedłużenie biologicznego życia, przysłoniły inne osobiste problemy pacjenta. Onkologia należy do tych dyscyplin medycznych, która pierwsza zwróciła uwagę na problematykę jakości życia chorych. O ile wcześniej podstawowymi i często jedynymi kryteriami oceny skuteczności leczenia były czas przeżycia lub okres braku nawrotu nowotworu, to dzisiaj częściej zwraca się uwagę na wpływ choroby oraz leczenia na stan czynnościowy i psychologiczny chorego oraz konsekwencje choroby w życiu społecznym (Jassem 1994).

Badania prowadzone nad jakością życia są dobrym wskaźnikiem zainteresowań w tym zakresie. Przegląd badań publikowanych w latach 1956–1976 w sześciu głównych czasopismach wykazał, że problematyka jakości życia ograniczała się do kilkudziesięciu badań. Podobny przegląd dokonany w roku 1988 obejmował kilka tysięcy badań (Juczyński 1998).

Artykuł koncentruje się na psychologicznych wymiarach jakości życia w chorobie nowotworowej i czynnikach warunkujących jakość życia chorych. Chodzi m. in. o spojrzenie na treść tego, co decyduje o samopoczuciu i zadowoleniu z życia pacjentów onkologicznych, a tym samym na rolę, jaką w przebiegu chorób nowotworowych odgrywają czynniki psychologiczne i społeczne.

## OGÓLNE KONCEPCJE DOTYCZĄCE JAKOŚCI ŻYCIA

Określenie jakości życia człowieka budzi kontrowersje związane z różnorodnością definicji. Wynika to z wieloznaczności tego terminu, który obejmuje szeroki obszar zjawisk fizycznych, psychicznych i społecznych, a właściwie to wszystko, co rozumie się pod pojęciem szczęścia.

Zgodnie ze stanowiskiem przyrodniczym, ukierunkowanym na procesy biologiczno-mechaniczne, szczęście jest określane w kategoriach przyjemności i przykrości. Z kolei, zgodnie z podejściem humanistycznym, człowiek jest bytem świadomym, istotą społeczną, której szczęście wyraża się w samo-realizacji, kreatywności, harmonii. O ile w ujęciu przyrodniczym szczęście to hedonizm, to w podejściu humanistycznym szczęście to eudajmonizm (Beckmann, Ditlev 1997).

Pojęcie jakości życia (ang. Quality of Life – QOL) pojawiło się w medycynie już w latach siedemdziesiątych, lecz dyskusje nad sposobem jego pojmowania i oceną trwają do chwili obecnej. Światowa Organizacja Zdrowia definiuje jakość życia jako sposób postrzegania przez jednostkę swojej pozycji w życiu w kontekście kultury i systemu wartości, w których

egzystują i w powiązaniu z własnymi celami, oczekiwaniami, standardami i obawami (Leder 1997). Jest to szeroka koncepcja, na którą w sposób kompleksowy wpływają zdrowie fizyczne jednostki, jej stan psychiczny, relacje społeczne, stopień niezależności oraz stosunek do znaczących cech otaczającego środowiska.

Hunt i McKenna (1992) uważają, że jakość życia pozostaje w ścisłym związku ze sferą motywacji, tj. ze zdolnością i możliwościami człowieka do zaspokajania potrzeb. Stopień zaspokojenia ważnych dla człowieka potrzeb idzie w parze z lepszą jakością życia. Według innych autorów, jakość życia, poczucie szczęścia i subiektywny dobrostan są synonimami, które określają poczucie zadowolenia z życia, pozostawania w zgodzie ze sobą samym oraz z otaczającym środowiskiem społecznym i psychologicznym.

Próby uściślenia pojęcia jakości życia doprowadziły do sformułowania pojęcia *jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia* (*health related quality of life* – HRQOL). Jest ono definiowane jako funkcjonalny skutek choroby i jej leczenia spostrzegany przez pacjenta (Schwarz 1996). Zdaniem J. Jassema (1994), jakość życia chorego na nowotwór określają z jednej strony dolegliwości towarzyszące guzowi lub obawa o ich wystąpienie, z drugiej zaś wiara w możliwości wyleczenia i zmniejszenia tych dolegliwości.

Z definicji wynika, że jakość życia jest strukturą wielowymiarową, na którą składają się różne aspekty funkcjonowania człowieka. Każdy człowiek, zarówno zdrowy, jak i chory posiada własną wizję idealnego życia, do której zmierza. Ta osobista wizja zależy od posiadanych doświadczeń życiowych, wzorców lub przyjętych systemów wartości. Jakość życia wyraża więc wartości uznane w wyniku subiektywnej oceny całego dotychczasowego życia lub jego wybranego fragmentu. Wynik tej oceny można ułożyć na dwubiegunowej skali, rozciągającej się od wzorca najmniej pożądanego, aż do idealnego.

## RÓŻNE UJĘCIA JAKOŚCI ŻYCIA CZŁOWIEKA CHOREGO

O ile poczucie choroby i jakość życia posiadają charakter wewnętrzny i osobisty, to stan choroby jest niejako czymś zewnętrznym i publicznym. Pierwszym i – zdaniem de Walden-Gałuszko (1994) – najbardziej istotnym i prawidłowym źródłem informacji określających jakość życia jest ujęcie subiektywne, wynikające z wartościowania różnych sfer życia oraz życia jako całości. Jakość życia stanowi więc kategorię podmiotową, poznawczo-emocjonalną, wyrażającą przejaw satysfakcji życiowej oraz poczucia zadowolenia z życia. W takim ujęciu może ono mieć charakter przejściowego poczucia lub uogólnionego nastawienia do życia (Adamczak, Sęk 1997).

Choroba jest nieodłącznym składnikiem ludzkiego życia, zaś od tego, jak wpływa ona na subiektywną ocenę jakości życia, może zależeć rozwój jednostki i sposób wykorzystania swoich potencjalnych możliwości. Ciężka choroba często skłania człowieka do refleksji nad swoim życiem. W rezultacie może dojść do przewartościowania swojego dotychczasowego życia. Łatwo więc dostrzec wyraźne różnice w zakresie poglądów na podstawowe wartości życiowe ludzi zdrowych i dotkniętych ciężką czy nieuleczalną chorobą. Różnice te dotyczą m. in. poglądów na świat, na życie w przeszłości oraz na siebie samego.

Osoby zdrowe oceniają swoją jakość życia poprzez porównanie sytuacji realnej z pożądaną. Pod uwagę bierze się wartości związane z kontaktami z ludźmi, lepszą przyszłością itp. Natomiast osoby chore, jak zauważa Simonton (Simonton i in. 1996), zajmujący się terapią chorych na raka, oceniają zazwyczaj jakość życia porównując swoją obecną sytuację z wyidealizowaną przez siebie sytuacją życiową sprzed choroby.

Drugie ujęcie jakości życia ma charakter obiektywny, opiera się na rzeczywistych właściwościach sytuacji życiowej człowieka, jego aktualnym stanie zdrowia, cechach świata materialnego i społeczno-kulturowego. Tego typu ocena jakości życia dokonywana jest przez osoby postronne (np. lekarza, psychologa).

Przez długi okres czasu podstawowym miernikiem jakości życia związanej z chorobą była aktywność i sprawność ruchowa. Później zaczęto również oceniać funkcjonowanie chorego w wymiarze psychicznym i społecznym. Zaczęto zwracać uwagę na aktywność zawodową i funkcjonowanie w różnych rolach społecznych.

Rozwój badań dotyczących jakości życia wiąże się z nową konceptualizacją konstruktów. Zoperacjonalizowanie konstruktów jakości życia wymaga odwołania się do określonej teorii jakości życia. Teoria nie rozstrzyga jednakże, czy wszystkie znaczące pojęcia zostały ocenione. Z przeglądu różnych badań wynika, że przyjmuje się różne definicje operacyjne i stosuje zróżnicowane narzędzia pomiaru. W konsekwencji uzyskuje się bardzo zróżnicowane wyniki badań i trudno ustalić, czy jest to wynik odmiennych założeń metodologicznych, niedostateczne uwzględnienie różnych czynników pośredniczących, czy artefakt badawczy.

Różnice dotyczące jakości życia występujące między chorymi na raka, a innymi grupami pacjentów i osób zdrowych okazują się być mniejsze niż można by tego oczekiwać. Uważa się, że pewne sposoby leczenia onkologicznego silniej upośledzają jakość życia pacjenta, lecz wyniki badań nie zawsze to potwierdzają. Nawet teza, że jakość życia chorych na raka jest gorsza niż ludzi zdrowych nie zawsze była potwierdzana (Haes 1998).

## CZYNNIKI PSYCHOLOGICZNE WARUNKUJĄCE JAKOŚĆ ŻYCIA W CHOROBIE NOWOTWOROWEJ

Do ważnych dziedzin, w których tkwią wyznaczniki jakości życia, należą właściwości stanu fizycznego i psychicznego, warunki ekonomiczne i społeczne – oceniane na podstawie porównania z powszechnie przyjętymi wzorcami. Ocenie podlega orientacja człowieka we własnym życiu przez określenie np. przyjętego systemu wartości, poczucia kontroli nad własnym losem, poczucia sensu życia. Podczas gdy np. lekarz zwraca uwagę na stan somatyczny i na dolegliwości fizyczne obniżające jakość życia, to psycholog koncentruje się bardziej na aspektach psychospołecznych i duchowych (Walden-Gałuszko 1997).

Jakość życia jest procesem dynamicznym, podlegającym zmianie pod wpływem nastroju lub innych czynników wewnętrznych i zewnętrznych. Jednak ogólna ocena jakości życia chorych onkologicznie zależy przede wszystkim od ich funkcjonowania w różnych obszarach związanych ze sprawnością fizyczną, pracą zawodową, dojrzałością emocjonalną, społeczną (Majkowicz i in. 1997).

Rzeczywistość choroby to przeżywanie bólu, bezsilność w obliczu cierpienia, poczucie całkowitej zależności od innych. Jest to *de facto* samotne trwanie nie tylko w bólu fizycznym po ciężkiej operacji lub innym skomplikowanym zabiegu, ale również bólu duchowym. Wzgląd na wymiar duchowy należy do podstawowych zagadnień psychoonkologii. Zbyt często pomija się i lekceważy przeżycia psychiczne i duchowe człowieka chorego, a przecież trudno wyobrazić sobie osiągnięcie dobrej jakości życia, jeżeli nie zadba się o poprawę zdrowia psychicznego człowieka ciężko czy nieuleczalnie chorego.

W miarę rozwoju zainteresowania jakością życia osoby związanej z chorobą, wzrosło również zainteresowanie aspektem psychicznym jakości życia. Prowadzone od kilku lat badania wskazują, że na ocenę jakości życia wywierają ogromny wpływ czynniki poznawcze, społeczne, a zwłaszcza emocjonalne (Majkowicz i in. 1997). Aktualny obraz jakości życia pacjenta jest rezultatem wzajemnego oddziaływania i przenikania się procesów poznawczo-emocjonalnych oraz społecznych (Turuk-Nowakowa 1990). Szczególna rola przypada procesom poznawczym, które umożliwiają dostrzeżenie zmian we własnym organizmie i w samopoczuciu wywołanym chorobą. Podjęcie decyzji udania się do lekarza jest uwarunkowane nie tylko spostrzeganiem zmian chorobowych, ale również i spostrzeganiem specyfiki sytuacji życiowej, w której choroba się pojawia.

Zmiany, jakie obserwuje się w ostatnich latach w psychoonkologii, polegają m.in. na przypisaniu ważnej roli w zachowaniu procesom poznawczym. Czynniki te wpływają na ocenę stanu zdrowia i postęp terapeutyczny, podczas

gdy przeżywane emocje determinują przeżycia związane z chorobą. Co więcej, w znacznej mierze, to procesy poznawcze decydują o tym, czy chory będzie podtrzymywał własną wiarę w możliwość wyleczenia i poprawę ogólnej jakości życia. Informacje docierające do chorego podlegają przetworzeniu przez procesy intelektualne i stają się źródłem stresu, z którym musi się zmagać (Juczyński, Chrystowska-Jabłońska 1999).

Znaczenie procesów poznawczych wyeksponowane zostało w *teorii adaptacji poznawczej* Taylor (1984). Zgodnie z nią osoby reagują na osobiste tragedie wysiłkami poznawczymi, które umożliwiają im przywrócenie, a przynajmniej poprawienie ich funkcjonowania psychologicznego. Problemy, wokół których koncentrują się procesy adaptacyjne to: poszukiwanie odpowiedzi na pytanie o źródła choroby, dążenie do odzyskania poczucia wpływu na przebieg choroby oraz wzmacnianie poczucia własnej wartości. Prawie wszystkie pacjentki chore na raka sutka usiłowały znaleźć sens i znaczenie swojej choroby. Jednym z przejawów poszukiwania znaczenia jest wyjaśnienie jej przyczyn. Okazało się, że rodzaj atrybucji przyczynowej nie miał wpływu na lepsze czy gorsze przystosowanie, zaś samo poszukiwanie odpowiedzi na pytanie, dlaczego zachorowałam stało się celem samym w sobie.

Nagła, zagrażająca choroba prowadzi do utraty poczucia osobistej kontroli nad przebiegiem choroby i wpływu na własne ciało i życie, stąd też przejawiane dążenie do jej odzyskania staje się ważnym problemem. Odzyskanie kontroli może być trudne dla tych, którzy wcześniej mieli poważne problemy w tym zakresie. Burish i in. (1987) stwierdzają, że pacjenci onkologiczni z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli gorzej radzą sobie ze stresem związanym z leczeniem niż chorzy z dominacją zewnętrznego kontroli. Istotny jest tu fakt zależności przekonania pacjentek odnośnie sprawowania kontroli nad chorobą (osobistą, lekarzy czy terapii) z ogólnym przystosowaniem i stosowaniem *strategii walczącego ducha*.

Wreszcie, osiągnięcie adaptacji poznawczej wymaga odzyskania poczucia własnej wartości. Po przejściu zagrażających wydarzeń wielu podkreśla zaistniałe zmiany pozytywne, tak jakby czerpało zyski z potencjalnej tragedii. Niemal wszystkie kobiety po mastektomii uważały, że radzą sobie równie dobrze lub lepiej niż inne, które przeszły podobny stres. Porównań dokonywały w taki sposób, że wypadały lepiej. I tak kobiety zamężne żalowały samotne, lecz żadna z samotnych nie mówiła, że lepiej byłoby być mężatką. Kobiety znajdujące się w najgorszej sytuacji czerpały pociechę z faktu, że jeszcze żyją i nie cierpią bólu (Taylor 1984).

Choroba nowotworowa i związane z nią sytuacje wzbudzają silne reakcje emocjonalne, przeważnie o zabarwieniu negatywnym. Z badań autorów wynika, że dominujące są emocje lęku, poczucia winy, przygnębienia, depresji, agresji (Kopczyńska-Tyszkó 1999; Kubacka-Jasiecka 1999). Emocje negatywne,

szczególnie przewlekłe, wywierają szkodliwe efekty na funkcjonowanie ustroju, co w następstwie sprzyja nasileniu objawów chorobowych, a równocześnie pogarsza jakość życia. Dlatego też coraz częściej dostrzega się nieodzowne powiązanie skutecznej pomocy farmakologicznej z wiedzą o rzeczywistych potrzebach pacjenta (Chojnacka-Szawłowska 1998).

Ogólna jakość życia chorego pozostaje w ścisłym związku z jego zdolnościami i możliwościami zaspokojenia potrzeb. Choroba nowotworowa, a szczególnie jej końcowe stadia, uniemożliwia zaspokojenie wielu ważnych dla człowieka potrzeb biologicznych oraz psychologicznych i społecznych (Baile 1997). Hunt i McKenna (1992) wymieniają listę potrzeb, które najczęściej warunkują dobrą jakość życia. Z potrzeb psychologicznych zwracają uwagę na potrzebę stabilności, miłości, intymności, brak lęku, ciekawość, poczucie sensu, poczucie użyteczności, wolności i własnej wartości, niezależność, samoaktualizacja.

W przypadku wielu chorób zaspokojenie wymienionych potrzeb jest w znacznym stopniu utrudnione. W niektórych postaciach choroby nowotworowej zostaje zmienione spostrzeganie własnego ciała, tożsamości seksualnej, własnej wartości. Dzięki ukierunkowanym wysiłkom poznawczym chory może jednak odnaleźć sposób na lepsze funkcjonowanie w zaistniałej sytuacji. To właśnie dzięki procesom intelektualnym można doprowadzić do poprawy jakości życia.

Nawet, kiedy ciało słabnie, walory duchowe człowieka mogą się bardziej uwydatniać. Przejawia się to w poszukiwaniu informacji na temat swojej choroby, w próbach kontrolowania i łagodzenia przebiegu choroby oraz przywrócenia dobrego samopoczucia, uruchamiając podświadomie mechanizmy obronne. Do takich mechanizmów de Walden-Gałuszko (1994) zalicza samooszukiwanie się, zaprzeczanie, wypieranie myśli o chorobie, minimalizowanie jej ważności itp.

Bardzo mobilizująca jest postawa ducha walki, która ma niewątpliwy wpływ na jakość życia chorego. Inni szukają pozytywnych wartości w swojej sytuacji, jeszcze inni po prostu ją akceptują. Nadzieja na wyleczenie, czasami nadzieja na cud, jest obecna w każdej ciężkiej chorobie i nie zależy od realnie istniejącej sytuacji. Twycross (1991) określa nadzieję jako „oczekiwanie, większe niż zerowe na osiągnięcie jakiegoś celu”. Z tego względu nadzieję można traktować jako wskaźnik stanu mechanizmów przystosowawczych chorego, który również przyczynia się do poprawy jakości życia (de Walden-Gałuszko 1994).

Taka sytuacja, w której jakość życia jest oceniana jako dobra, mimo braku prostej zależności od wymiernych wskaźników stanu fizycznego, wskazuje na powiązanie jakości życia od wymiaru psychologicznego, szczególnie zaś od interakcji procesów poznawczych, emocjonalnych i społecznych. Wymienione procesy umożliwiają dokonanie subiektywnej oceny aktualnej sytuacji i wpływają na wybór sposobów zmagania się z chorobą.

## WPLYW PRZYSTOSOWANIA SIĘ DO CHOROBY NA JAKOŚĆ ŻYCIA

Człowiek chory, zwłaszcza onkologicznie, zawsze ma poczucie dyskomfortu, to zaś zmusza go do poszukiwania i zmiany sposobów przystosowania się. W tym procesie znaczną rolę odgrywają czynniki społeczne, które mogą utrudniać lub przyspieszać procesy przystosowawcze. Lepsze i szybsze przystosowanie się do wymogów sytuacji, którą stwarza choroba nowotworowa oraz do sposobów leczenia (często radykalnych), znacznie polepsza jakość życia osoby chorej.

Ogólne cele adaptacyjne, zdaniem Łosiaka (1984) obejmują: utrzymanie równowagi emocjonalnej, zadowalającego obrazu siebie, zachowanie dobrych relacji z rodziną i przyjaciółmi oraz przygotowanie się na niepewną przyszłość. Tylko w skrajnych przypadkach osoba chora zostaje wykluczona z relacji społecznych i jest pozbawiona wszelkiej pomocy i wsparcia. Zazwyczaj to najbliższe otoczenie osoby chorej bierze na siebie obowiązek wspierania i opieki nad nią, jeśli tylko osoba chora zaakceptuje i zechce skorzystać z proponowanej pomocy.

Stopień realizacji celów adaptacyjnych reguluje ocenę jakości życia osoby chorej. Wspomniane wyżej cele adaptacyjne realizowane są za pomocą własnych zasobów intelektualnych jednostki, jak również przy pomocy jego otoczenia. Zdaniem Poprawy (1996), osoba dobrze osadzona w swoim otoczeniu społecznym, mająca głębokie więzy z innymi ludźmi, posiadająca wiernych i rozumiejących przyjaciół, powinna lepiej funkcjonować i mieć lepsze samopoczucie niż osoba pozbawiona tych społecznych zasobów.

Ochroniające działanie wsparcia społecznego możliwe jest dzięki procesom emocjonalnym i poznawczym. Te pierwsze wyzwalają wiarę i nadzieję, zwiększają aktywność życiową jednostki, podnoszą samopoczucie, motywują do podjęcia walki z chorobą. Procesy poznawcze z kolei stwarzają możliwość zmiany znaczenia sytuacji spowodowanej przez chorobę nowotworową poprzez nadanie sensu przeżywanym problemom oraz cierpieniom lub poprzez zminimalizowanie zagrożenia.

Do wymiaru społecznego, poza najbliższym otoczeniem, jakim jest rodzina chorego, zalicza się również jego dalsze otoczenie (miejsce pracy, miejsce zamieszkania, znajomi i przyjaciele). Przerwa w działalności zawodowej osoby chorej trwa co najmniej kilka miesięcy, a powrót do pracy zależy przede wszystkim od stanu zdrowia i sprawności psychicznej. Zmiany w zakresie zawodowym osoby chorej związane ze stanem jej zdrowia, który znacznie ogranicza lub uniemożliwia powrót do pracy, co wyraźnie obniża jej zadowolenie z życia, gdyż jej sytuacja ekonomiczna i społeczna gwałtownie pogarsza się z momentem przejścia na rentę inwalidzką, co nie może pozostać bez znaczenia dla ogólnej oceny jakości życia (Dolińska-Zygmunt 1996).



Zła adaptacja może być spowodowana utratą sił psychicznych do walki z chorobą, czyli utratą motywacji dążenia do równowagi emocjonalnej oraz zadowolenia z życia (Wolicki 1987). Brak przystosowania do choroby powoduje narastanie uczucia beznadziejności, wzbudza bezradność, agresję, lęk przed przyszłością i śmiercią. Uczuciom tym zawsze towarzyszą silne emocje destrukcyjne, co działa rozbrajająco na układ immunologiczny organizmu. Taka postawa beznadziejności i rezygnacji z walki o zdrowie łączy się również z utratą sensu życia. Jej przeciwieństwem jest strategia określana pojęciem *walczącego ducha*.

Z badań wynika, że można wyróżnić dwie formy przystosowania się do choroby nowotworowej. Pierwsza wyraża aktywne i nacechowane optymizmem zmaganie się z chorobą, druga jest zdominowana poczuciem bezradności, lękiem i nastawieniem fatalistycznym (Juczyński 1997). Utrata sensu życia jest możliwa nawet w przypadku dobrego rokowania. Badania prowadzone przez de Walden-Gałuszko (1997) dowodzą, że poczucie sensu życia wywiera istotny wpływ zarówno na obszar emocjonalny (zmniejszając nasilenie emocji negatywnych, zwiększając częstość występowania radości), jak i na ogólną ocenę jakości życia. Sens życia oznacza własną interpretację życia poprzez zrozumienie jego znaczenia i dostrzeżenie jego celu. Poczucie sensu życia zatem jest pojęciem relatywnym, służącym do lepszego przystosowania się do rzeczywistości, jak również warunkuje zadowolenie z życia (Wolicki 1987).

## PODSUMOWANIE

Ustalenie psychologicznych wyznaczników jakości życia posiada duże znaczenie, gdyż wpływają one poprzez sferę emocji na skuteczność różnych metod terapeutycznych. Równocześnie uzyskujemy cenne informacje niezbędne do planowania indywidualnych metod terapeutycznych, które mogą poprawić jakość życia chorego poprzez zmianę nastawienia do uciążliwości niepożądanых objawów leczenia albo poprzez wzmocnienie wiary w celowość i sensowność aktualnie doznawanych cierpień. Posiadana wiedza na temat psychologicznych wymiarów jakości życia pozwala na łatwiejsze dotarcie do świadomości pacjenta, umożliwia wzbudzenie postawy ducha walki oraz motywuje do zachowań prozdrowotnych i współpracy z lekarzem.

Przystosowanie się do choroby nowotworowej to problem radzenia sobie z chorobą i jej bezpośrednimi konsekwencjami, bólem i złym samopoczuciem – w czym pomocne mogą się okazać różne strategie radzenia sobie. Przystosowanie się do choroby to również – w dłuższej perspektywie czasu

– konieczność poradzenia sobie z bardziej ogólnymi zmianami w jakości życia. W tym procesie przydatne są takie strategie, jak poznawcza reinterpretacja i przewartościowanie własnych możliwości (Juczyński, Chrystowska-Jabłońska 1999).

Dotychczasowy styl uprawiania medycyny przez lekarzy nie odpowiada aktualnym potrzebom chorych. Należy odejść od darwinowskiego biologizmu, który poszukuje wyłącznie fizyczno-chemicznych wyjaśnień problemu. Współczesna onkologia, być może po części za przykładem rozwijającej się psychoonkologii, zaczyna podchodzić do człowieka chorego holistycznie. Obiektywne realia rzeczywistości obnażają nabrzmiałe problemy osób chorych, ich trudną sytuację życiową oraz problem złej jakości życia. Lekarz musi walczyć do końca, ale ta walka powinna być prowadzona ze zrozumieniem realnych potrzeb chorego.

Każda choroba, a zwłaszcza choroba nowotworowa, uświadamia nam, że zdrowie jest procesem dynamicznym i sztuką utrzymania dobrego samopoczucia fizycznego oraz psychicznego. Obydwa pozostają w prostej zależności od czynników zewnętrznych, takich jak rodzina, środowisko, warunki ekonomiczne i kulturowe. Za utrzymanie wewnętrznej harmonii oraz dobrego samopoczucia, a co za tym idzie dobrej jakości życia, w dużej mierze odpowiedzialne są procesy poznawcze, emocjonalne oraz społeczne.

## BIBLIOGRAFIA

- Adamczak M., Sęk H. (1997), *Znaczenie pojęcia jakości życia w opiece psychologicznej pacjentów onkologicznych*, [w:] J. Meyza (red.), *Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wybrane zagadnienia*, Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa, 248–260
- Baile W. F. (1997), *Jakość życia a zaburzenia depresyjne w chorobach onkologicznych*, [w:] J. Meyza (red.), *Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wybrane zagadnienia*, Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa, 167–182
- Beckmann J., Ditlev G. (1997), *Pojęcie jakości życia*, [w:] A. Kapłun (red.), *Promocja zdrowia w chorobach przewlekłych*, Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy, Łódź, 108–111
- Burish T., Meyerowitz B., Carey M., Morrow G. (1987), *The Stressful Effects of Cancer in Adults*, [w:] A. Baum, J. E. Singer (red.), *Handbook of Psychology and Health, vol. V. Stress*, Lawrence Erlbaum Ass. Publ., Hillsdale–New York, 137–173
- Chojnacka-Szawłowska G. (1998), *Rozpoznanie choroby nowotworowej. Uwarunkowania psychologiczne*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa
- Dolińska-Zygmunt (1996), *Psychologiczne aspekty chorób nowotworowych*, [w:] *Elementy psychologii zdrowia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław, 177–193
- Haes J. C. de (1988), *Quality of Life: Conceptual and Theoretical Considerations*, [w:] M. Watson, S. Greer, *Psychosocial Oncology*, Pergamon Press, Oxford, 61–70
- Hezen-Niejodek I. (2000), *Psychologia zdrowia*, [w:] J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 3, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 456–464

- Hunt S., McKenna S. (1992), *The QOLDS: A Scale for the Measurement of Quality of Life in Depression*, „Health Policy”, **2**, 307–319
- Jassem J. (1994), *Jakość życia chorych leczonych napromieniowaniem i cytostatykami*, [w:] K. de Walden-Gałuszkó, M. Majkówicz (red.), *Jakość życia w chorobie nowotworowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk, 51–58
- Jarosz M. (1978), *Psychologia lekarska*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa
- Juczyński Z. (1997), *Psychologiczne wyznaczniki przystosowania się do choroby nowotworowej*, „Psychoonkologia”, **1**, 3–10
- Juczyński Z. (1998), *Psychoonkologia – przedmiot badań*, „Psychoonkologia”, **3**, 1–4
- Juczyński Z., Chrystowska-Jabłońska B. (1999), *Strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową*, „Psychoonkologia”, **5**, 3–9
- Kopczyńska-Tyszkó A. (1999), *Reakcje emocjonalne chorujących na nowotwór*, [w:] D. Kubacka-Jasiecka, W. Łosiak (red.), *Zmagając się z chorobą nowotworową*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 125–141
- Kubacka-Jasiecka D. (1999), *Problematyka lęku i zmaganie się z lękiem w chorobie nowotworowej*, [w:] D. Kubacka-Jasiecka, W. Łosiak (red.), *Zmagając się z chorobą nowotworową*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków,
- Lazarus S. R. (1997), *Radzenie sobie ze stresem wywołanym chorobą*, [w:] A. Kapłun (red.), *Promocja zdrowia w chorobach przewlekłych*, Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy, Łódź, 3–15
- Leder S. (1997), *Jakość życia a psychiatria konsultacyjna i psychoterapia*, [w:] J. Meyza (red.), *Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wybrane zagadnienia*, Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa, 210–224
- Łosiak W. (1984), *Poznawcze korelaty lęku u pacjentów onkologicznych*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego”, **1**
- Majkówicz M., de Walden-Gałuszkó K., Trojanowska I. (1997), *Rola oceny funkcjonowania społecznego, psychicznego i sfery duchowej w globalnej ocenie jakości życia*, „Psychoonkologia”, **1**
- Poprawa R. (1996), *Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem*, [w:] G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Elementy Psychologii zdrowia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław, 101–136
- Schwarz R. (1996), *Quality of life in medicine*, [w:] Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (red.), *Health Promotion: a psychosocial perspective*, University Press, Łódź
- Sęk H. (1997), *Psychologia wobec promocji zdrowia*, [w:] I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 40–60
- Sheridan Ch. L., Radmacher S. A. (1998), *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*, Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa
- Simonton C. O., Henson R., Hampton B. (1996), *Powrót do zdrowia*, Wydawnictwo Ravi, Łódź
- Słóńska Z. (1994), *Promocja zdrowia – zarys problematyki*, „Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna”, **1** (1–2), 37–52
- Taylor S. (1984), *Przystosowanie do zagrażających wydarzeń*, „Nowiny Psychologiczne”, **6–7**, 15–38 (przedruk z *American Psychologist*, **38**, 10, 1161–1173)
- Turuk-Nowakówa T. (1990), *Postępowanie psychologiczne w chorobach nowotworowych*, [w:] I. Heszen-Niejodek (red.), *Rola psychologa w diagnostyce i leczeniu chorób somatycznych*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa
- Twycross R. (1991), *Leczenie objawowe w terminalnej fazie choroby nowotworowej*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa
- Walden-Gałuszkó de K. (1994), *Jakości życia – rozważania ogólne*, [w:] K. de Walden-Gałuszkó, M. Majkówicz (red.), *Jakość życia w chorobie nowotworowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk, 13–39

- Walden-Gałuszko de K. (1997), *Rola psychologa w łagodzeniu skutków choroby nowotworowej*, „Psychosomatologia”, 1, 1
- Wilson M. (1980), *Zdrowie, podstawy i wartości. Medyczny model zdrowia*, [w:] H. Bartnowska (red.), *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*, Wydawnictwo ZNAK, Kraków
- Wolicki M. (1987), *Wkład polskiej myśli psychologicznej w rozwiązywanie problemów sensu życia*, [w:] K. Popielski (red.), *Człowiek – pytanie otwarte*, Wydawnictwo KUL, Lublin

AGATA KALEMBRIK, ZYGFRYD JUCZYŃSKI

#### PSYCHOLOGICAL DIMENSION OF „QUALITY OF LIFE” IN CANCER DISEASES

The paper presents some conceptual and theoretical considerations concerning *Quality of Life* (QOL) in cancer patients. In this paper attention will be paid, firstly, to the meaning of two different forms of conceptualisation QOL (subjective and objective), secondly, to the factors contributing to the quality of life, thirdly, to role of mental adjustment to illness. At present, *health related quality of life* is understood as the way in which physical, emotional and social functioning is affected by illness and its treatment. There is no agreement regarding to the concept or the way to conceptualise *quality of life*. QOL is an aggregation of the evaluation of different aspects of life. Cancer and cancer treatments have an impact on these aspects of life. Some personal mechanisms and characteristics may play role in the evaluation of *quality of life*. First of all, cognitive process may influence on different ways used to restructure the experience of the situation in order to make life more bearable. The way in which people cope with a distressing situation may influence on the assessment of their *quality o life*.

**Key words:** quality of life; psychological dimension of QOL, adjustment to cancer.