

Streszczenie

Wprowadzenie

Rak pęcherza jest jedenastym najczęściej występującym nowotworem złośliwym w populacji ludzkiej. Każdego roku na świecie rejestrowanych jest ponad 300 000 nowych przypadków choroby. W Polsce rak pęcherza jest 4 najczęściej występującym rakiem u mężczyzn. Powszechnie wiadomo, że w porównaniu do zdrowej populacji zaburzenia zdrowia psychicznego występują częściej u pacjentów z chorobą nowotworową. Co więcej, wykonywanie inwazyjnych procedur diagnostycznych i terapeutycznych dodatkowo wpływa negatywnie na stan psychiczny chorego. W literaturze przedmiotu dostępne są jedynie nieliczne badania oceniające metody radzenia sobie z chorobą u pacjentów z rakiem pęcherza moczowego. Dodatkowo nie jest również jasne, jak stan zdrowia psychicznego tychże pacjentów oddziałuje na strategie radzenia sobie ze stresem. Większość dostępnych prac dotyczy zaawansowanych stadiów raka pęcherza leczonych radykalną cystektomią i koncentruje się na wpływie różnych metod odprowadzania moczu na zdrowie psychiczne chorych.

Cel pracy

Celem pracy była ocena strategii radzenia sobie ze stresem przez pacjentów z rakami pęcherza moczowego nienaciekającego błony mięśniowej. Ocenie zostały poddane również wpływy czynników socjodemograficznych, występowanie objawów lękowych i depresyjnych oraz stopień satysfakcji seksualnej na metody radzenia sobie z chorobą.

Material i metody

Analizie zostało poddanych 100 chorych płci męskiej zakwalifikowanych do cystoskopii kontrolnej po wcześniejszym leczeniu raka pęcherza moczowego. Do badania włączeni zostali pacjenci, którzy przebyli w przeszłości przynajmniej jeden zabieg TURB z powodu guza pęcherza nienaciekającego błony mięśniowej oraz przynajmniej jedną

cystoskopię kontrolną, a czas obserwacji po pierwotnym leczeniu guza pęcherza nie był krótszy niż rok.

Chorzy zostali ocenieni pod kątem strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową (formularz miniCOPE), objawów depresyjnych i lękowych (formularz HADS), funkcji seksualnej (formularz oceny satysfakcji seksualnej autorstwa Agnieszki Nomejko) i odczuć bólowych (skala NRS) związanych z poprzednią, wykonaną wcześniej cystoskopią. Dodatkowo, zostały zebrane dane kliniczne i socjodemograficzne dla każdego pacjenta. W pracy przeanalizowano wyniki ankiet psychometrycznych oraz cechy socjodemograficzne. Przeprowadzono również eksploracyjną analizę czynnikową odpowiedzi ankietowych formularza mini-COPE. Do porównania częstości w tablicach rozdzielczych zastosowano test chi-kwadrat. W porównaniach grupowych wykorzystano test U Manna-Whitney'a, a do analizy związków między odpowiedziami kwestionariuszy - korelację Spearmana.

Wyniki

W eksploracyjnej analizie czynnikowej formularza miniCOPE uzyskano trzelementowy model składający się z strategii adaptacyjnych, nieadaptacyjnych oraz zwrotu ku religii. Najczęściej wybieranymi strategiami były strategie adaptacyjne, w tym „akceptacja”, „poszukiwanie wsparcia emocjonalnego” oraz „poszukiwanie wsparcia instrumentalnego”. Pacjenci najrzadziej wybierali strategie „zażywanie substancji psychoaktywnych” oraz „zaprzestanie działań”. Strategie adaptacyjne były statystycznie istotnie negatywnie skorelowane z objawami lękowymi i depresyjnymi, a także z zapamiętanymi dolegliwościami bólowymi związanymi z poprzednią cystoskopią. Poziom satysfakcji seksualnej korelował pozytywnie ze średnim wynikiem strategii adaptacyjnych. Analogicznie, wynik średni strategii nieadaptacyjnych korelował pozytywnie z objawami depresyjnymi i lękowymi oraz bólem, natomiast negatywnie z poziomem satysfakcji seksualnej. W przypadku zwrotu ku religii zaobserwowano korelację pozytywną z dolegliwościami bólowymi oraz statystycznie graniczną korelację z objawami depresyjnymi i satysfakcją seksualną. Wykazano, że w przeciwieństwie do chorych bez objawów, pacjenci prezentujący objawy lękowe i depresyjne statystycznie częściej wybierali strategie nieadaptacyjne oraz zwrot ku religii. Analogicznie strategie adaptacyjne były wybierane częściej przez chorych bez objawów lękowych i depresyjnych. Co więcej, wykazano pozytywny związek dla strategii adaptacyjnych u chorych żyjących w aktywnych związkach. Zauważono również dodatni wpływ

wykształcenia na wybieranie strategii adaptacyjnych Wybieranie strategii zwrotu ku religii statystycznie dotyczyło osób starszych i tych z niższym wykształceniem.

Wnioski

Większość pacjentów z rakiem pęcherza nienaciekającym błony mięśniowej wybiera strategie adaptacyjne radzenia sobie ze stresem. Najczęściej wybieranymi strategiami są „akceptacja” oraz „poszukiwanie wsparcia emocjonalnego”. Wybór strategii zależy od stopnia nasilenia objawów lękowych i depresyjnych oraz od poziomu satysfakcji seksualnej i odczuć bólowych. Na wybór strategii mają także wpływ zmienne socjodemograficzne, takie jak stan matrymonialny, posiadanie potomstwa czy poziom wykształcenia.

Słowa kluczowe: rak pęcherza nienaciekający błony mięśniowej, opieka pielęgniarska, stres, lęk, depresja, ból, satysfakcja seksualna

Abstract

Introduction

Bladder cancer is the eleventh most common malignancy in the human population. Every year, over 300,000 new cases of the disease are diagnosed worldwide. Also, bladder cancer is the 4th most common cancer in Poland in men. It is well known that when compared to a healthy population, mental health disorders are more common in cancer patients. Moreover, performing invasive diagnostic and therapeutic procedures have a negative impact on the patient's mental state. In the literature, there are only a few studies evaluating the methods of coping with the disease and stress in patients with bladder cancer. In addition, it is also unclear, how the mental health of these patients influences their coping strategies. Most of the available papers describe advanced stages of bladder cancer treated with radical cystectomy and focus on the effects of various urinary diversion methods on patients' mental health.

Objectives

The aim of the study was to evaluate the strategies of coping with stress in patients with non-muscle invasive bladder cancer. Also, influence of sociodemographic factors, the occurrence of anxiety and depression symptoms and the degree of sexual satisfaction were assessed.

Material and methods

One hundred male patients qualified for follow-up cystoscopy after prior treatment of bladder cancer were evaluated. The study included patients who had at least one transurethral resection procedure in the past for a bladder tumor and at least one cystoscopy. The minimal follow-up after primary bladder tumor treatment was one year. Patients were assessed in terms of coping strategies (miniCOPE form), depressive and anxiety symptoms (HADS form), sexual function (Agnieszka Nomejko's sexual satisfaction assessment form) and pain sensations (NRS scale) related to the previous cystoscopy. Additionally, clinical and

sociodemographic data for each patient were collected. An exploratory factor analysis of the miniCOPE questionnaire responses was performed.

The chi-square test was used to compare the frequencies in the distribution tables.

The Mann-Whitney U test was used in group comparisons, and the Spearman correlation was used to analyze the relationships between the questionnaire responses.

Results

In the exploratory factor analysis of the miniCOPE questionnaire, a three-element model was obtained, consisting of adaptive strategies, non-adaptive strategies and the religion. The most frequently chosen strategies were adaptation ones, including "acceptance", "seeking emotional support" and "seeking instrumental support". Patients were the least likely to choose the strategies of "using psychoactive substances" and "stopping activities". Adaptation strategies were statistically significantly, but negatively correlated with anxiety and depressive symptoms, as well as with recalled pain sensations related to the previous cystoscopy. The level of sexual satisfaction positively correlated with the average score of adaptation strategies. Similarly, the mean score of maladaptive strategies positively correlated with depressive and anxiety symptoms and pain, and negatively with the level of sexual satisfaction. In the case of the religion strategy, a positive correlation was observed with pain and a statistically borderline correlation with depressive symptoms and sexual satisfaction. It has been shown that unlike patients without symptoms, patients presenting symptoms of anxiety and depression statistically more often chose maladaptive strategies and religion. Similarly, adaptive strategies were chosen more often by patients without anxiety and depressive symptoms. Moreover, a positive relationship has been shown for adaptive strategies in patients living in active relationships. A positive influence of education on choosing adaptive strategies was also noticed. Choosing a religion strategy statistically applied to the elderly and those with lower education.

Conclusions

Most patients with non-muscle invasive bladder cancer choose adaptive stress coping strategies. The most frequently chosen strategies are "acceptance" and "seeking emotional support". The choice of strategy depends on the severity of anxiety and depressive symptoms, the level of sexual satisfaction and recalled pain sensations. The choice of strategy is also influenced by socio-demographic variables, such as marriage status, offspring status and the education level.

Key words: non-muscle invasive bladder cancer, nurse care, stress, anxiety, depression, pain, sexual satisfaction.