

Uniwersytet Jagielloński
Collegium Medicum
Wydział Lekarski

Alicja Kamińska

Psychospołeczne wyznaczniki zachowań w chorobie.
Badania wśród chorych z rakiem jelita grubego.

Praca doktorska

Promotor: Prof. dr hab. Beata Tobiasz-Adamczyk

Pracę wykonano w Zakładzie Socjologii Medycyny Katedry
Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej CM UJ
Kierownik jednostki: Prof. dr hab. Beata Tobiasz-Adamczyk

Kraków, 2006

*Składam serdeczne podziękowania
Szanownej Pani
Profesor dr hab. Beacie Tobiasz – Adamczyk
za życzliwą pomoc oraz cenne uwagi
w trakcie pisania pracy.
Dziękuję również
Pani doktor Agnieszce Pac
za okazaną pomoc i wsparcie.*

Spis treści

SPIS TREŚCI.....	3
1. WSTĘP.....	4
1.1. EPIDEMIOLOGICZNA CHARAKTERYSTYKA RAKA JELITA GRUBEGO.....	5
1.2. SYMPTOMATYKA, DIAGNOSTYKA I LECZENIE RAKA JELITA GRUBEGO.....	13
1.3. CHOROBA W PERSPEKTYWIE TEORETYCZNEJ SOCJOLOGII MEDYCYNY.....	16
1.5. ZACHOWANIA W CHOROBY NOWOTWOROWEJ.....	44
2. CEL BADANIA I HIPOTEZY BADAWCZE.....	54
3. MATERIAŁ I METODY.....	56
3.1. MODEL BADANIA.....	56
3.1.1. <i>Strategia badania</i>	57
3.3 ANALIZA STATYSTYCZNA.....	61
4. WYNIKI BADAŃ.....	61
4.1. CHARAKTERYSTYKA DEMOGRAFICZNO - SPOŁECZNA BADANEJ GRUPY.....	61
W BADANEJ GRUPIE AKTYWNYCH ZAWODOWO BYŁO 213 RESPONDENTÓW, NATOMIAST 147 NIE PRACOWAŁO. ISTOTNE STATYSTYCZNE RÓŻNICE ZAOBSERWOWANO WŚRÓD MĘŻCZYZN – 65,8% SPOŚRÓD NICH PRACOWAŁO, A 34,2% NIE PRACOWAŁO (WYKRES 4.1.6).....	66
4.2. PERCEPCJA OBJAWÓW CHOROBY.....	67
4.3. POSZUKIWANIE PORAD (WSPARCIA) W OTOCZENIU.....	75
4.4. DZIAŁANIA PODEJMOWANE CELEM ZMIANY STANU ZDROWIA.....	80
4.5. OGRANICZENIA CODZIENNEGO FUNKCJONOWANIA Z POWODU WYSTĘPUJĄCYCH OBJAWÓW ZE STRONY PRZEWODU POKARMOWEGO.....	85
4.6. ZMIANY W STANIE EMOCJONALNYM SPOWODOWANE WYSTĘPOWANIEM OBJAWÓW ZE STRONY PRZEWODU POKARMOWEGO.....	86
4.7. CHARAKTERYSTYKA ZACHOWAŃ W CZASIE CHOROBY.....	88
4.8. PRZYCZYNY ZGŁOSZENIA SIĘ DO LEKARZA.....	91
4.9. LECZENIE U PIERWSZEGO LEKARZA.....	97
4.10. LECZENIE U DRUGIEGO I NASTĘPNYCH LEKARZY.....	112
4.11. OGÓLNA SAMOOCENA JAKOŚCI ŻYCIA BADANYCH PRZED ZGŁOSZENIEM SIĘ DO KLINIKI.....	125
4.12. ZGŁOSZENIE SIĘ DO KLINIKI SPECJALISTYCZNEJ.....	127
4.14. OPINIE O PRZYCZYNACH CHOROBY.....	136
5. DYSKUSJA I WNIOSKI.....	140
6. STRESZCZENIE.....	149
7. <i>Summary</i>	152

1. Wstęp

Pomimo tego, że współczesna medycyna dysponuje coraz lepszymi metodami zarówno diagnostyki, jak i leczenia, choroby nowotworowe nadal pozostają „plagą” dotykającą coraz większą liczbę ludzi, zwłaszcza w krajach wysoko rozwiniętych, a walka z tymi chorobami jest wypadkową wielu złożonych uwarunkowań, wśród których ważną rolę odgrywają zachowania chorego. Problematyka zachowań w zdrowiu i chorobie staje się obecnie szczególnie ważna, gdyż jest konsekwencją najnowszej koncepcji zdrowia, uznającej styl życia za jeden z podstawowych jego wyznaczników. Dla lekarza ważną staje się, wypływająca z nowego rozumienia zdrowia, koncepcja samoopieki, która postuluje współdziałanie potencjalnych lub rzeczywistych pacjentów z lekarzami i sugeruje, że lekarze powinni dostrzegać w nieprofesjonalnej wiedzy pacjentów i ich systemie wartości te elementy, które mogą być wykorzystane w procesie diagnozowania i leczenia.

To, co robi laik dla swojego zdrowia, jest niemal tak samo ważne, jak to, co robi lekarz. Laik udaje się po pomoc do lekarza wówczas, gdy nie radzi sobie ze swym stanem zdrowia lub, gdy zaczyna się o niego niepokoić. Nadal jest to jednak jego zdrowie i on najlepiej potrafi ocenić zmiany, dostrzec objawy i różnice w tym, jak się czuje.

Znaczenie zachowań związanych ze zdrowiem i zachowań w chorobie w znacznym stopniu zależy od sytuacji epidemiologicznej danej choroby. Szczególnego znaczenia zachowania te nabierają w przypadku tych chorób, w których moment wykrycia decyduje o dalszych losach chorego. Waga, jaką przypisuje się zachowaniom w chorobie zależy również, choć nie zawsze, od prawdopodobieństwa konfrontacji z chorobą – im ono jest wyższe, tym dla większej liczby osób zlekceważenie sygnałów ze strony organizmu stanowić może życiowe zagrożenie.

Zachowania w chorobie mają szczególne znaczenie w przypadku chorób nowotworowych, gdyż warunkują wczesną lub późną diagnozę lekarską, a w konsekwencji decydują o skuteczności terapii, wyleczeniu lub porażce terapeutycznej, oznaczającej śmierć pacjenta. Niejednokrotnie uruchomienie wszystkich nowoczesnych procedur diagnostyki i leczenia nowotworów może, bowiem nastąpić dopiero wtedy, gdy chory szukając pomocy, z własnej inicjatywy zgłosi się do instytucji medycznych. Bardzo często moment zgłoszenia się do lekarza poprzedzony jest występowaniem łatwo rozpoznawalnych objawów, mogących świadczyć o pojawieniu się poważnej choroby.

1.1. Epidemiologiczna charakterystyka raka jelita grubego

Zapadalność na nowotwory od wielu lat stanowi bardzo poważny światowy problem zdrowotny. Szacuje się, że w roku 2000 zdiagnozowano na całym świecie 10 milionów nowych przypadków zachorowań na nowotwory oraz ponad 6 milionów zgonów z tego powodu. Choroby nowotworowe stanowią ok. 12% wszystkich zgonów na całym świecie. Ocenia się, że pomiędzy rokiem 2000 a 2020 całkowita liczba nowych przypadków zachorowania na nowotwory wzrośnie o 73% w krajach rozwijających się oraz o 29% w krajach rozwiniętych [1].

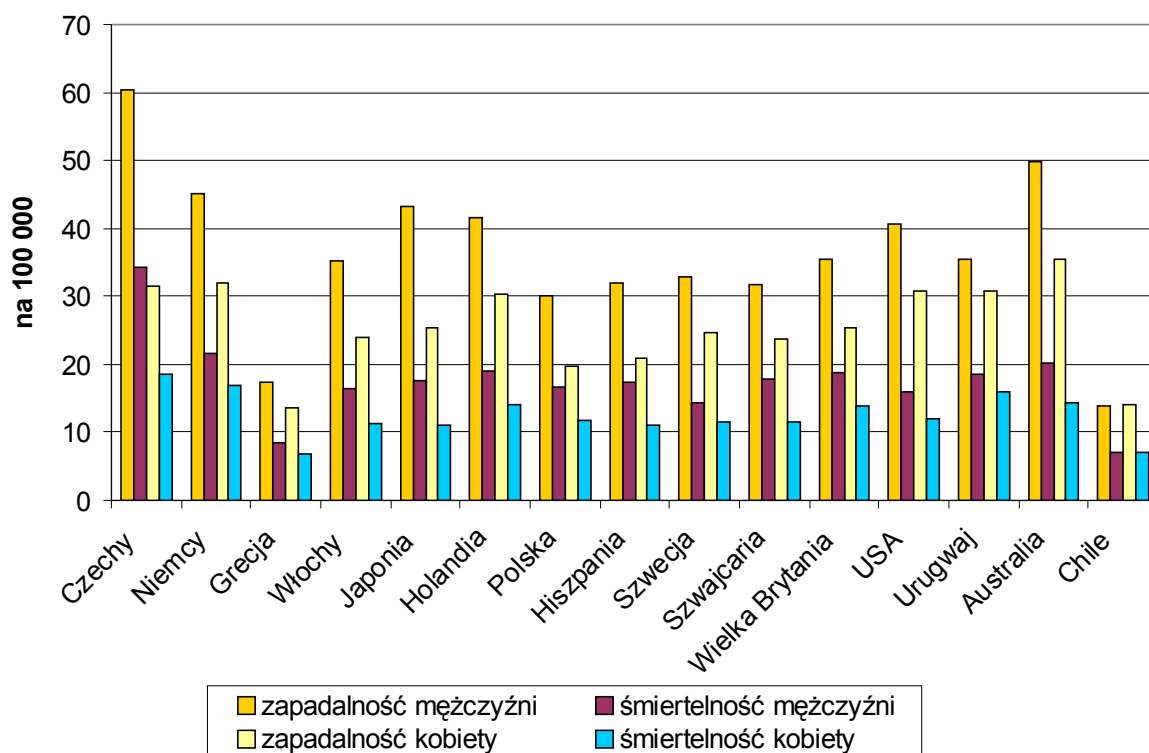
Według światowych statystyk chorobowości na nowotwory wśród mężczyzn dominują nowotwory zlokalizowane w drogach oddechowych, żołądka, prostaty, okrężnicy, odbytnicy i w wątrobie. Natomiast najczęstszym nowotworem złośliwym wśród kobiet jest rak piersi, a następnie rak szyjki macicy, rak jelita grubego, nowotwory płuc i żołądka [2].

Nowotwory są drugą najczęstszą przyczyną zgonów w Polsce. Badania epidemiologiczne wskazują, że co czwarty Polak w ciągu swojego życia zachoruje na raka, a co piąty z tego powodu umrze [3]. W Polsce najczęstszym nowotworem występującym zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet - pod względem zapadalności oraz umieralności - jest rak płuc. Natomiast lokalizacja innych nowotworów jest już zależna od płci, i tak wśród mężczyzn na drugim miejscu znajduje się rak okrężnicy, następnie prostaty, pęcherza moczowego i żołądka, a wśród kobiet odpowiednio rak okrężnicy, piersi, szyjki i trzonu macicy [3].

W różnych regionach świata obserwuje się istotne różnice w zapadalności na raka jelita grubego. Do krajów o największym ryzyku zachorowania należą Stany Zjednoczone, zaś do krajów o ryzyku najniższym kraje azjatyckie i afrykańskie. Współczynnik zapadalności na raka jelita grubego jest około 5 – 10 razy wyższy w krajach rozwiniętych niż w krajach rozwijających się (wykres 1.1.1) [5]. Polska należy do krajów o umiarkowanym zagrożeniu, jednak liczba zachorowań na przestrzeni ostatnich 30 lat stale wzrasta.

Rak jelita grubego najczęściej rozwija się w okrężnicy esowatej i odbytnicy.

Wykres 1.1.1. Zapadalność i umieralność na raka jelita grubego standaryzowana na wiek (do populacji światowej). Źródło GLOBOCAN 2000: Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. IARC 2001.



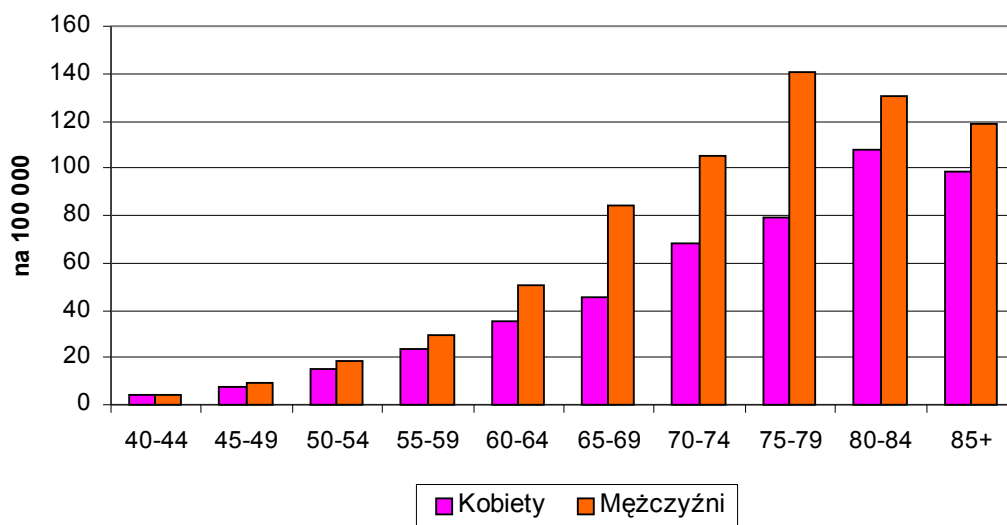
Współczynnik zapadalności na raka okrężnicy w Polsce w roku 2000 wynosił 17,2/100000 wśród mężczyzn i 16,3/100000 wśród kobiet, podczas gdy współczynnik umieralności był o ok. 15% niższy niż zapadalność i wynosił odpowiednio 14,8/100000 wśród mężczyzn oraz 13,8/100000 wśród kobiet. W Polsce co roku rak okrężnicy jest odpowiedzialny za 11,4% przypadków zgonów wśród kobiet i 9,1% wśród mężczyzn.

Polska w porównaniu do innych krajów Europy Północnej ma relatywnie niski współczynnik umieralności z powodu raka okrężnicy [3].

Zapadalność na raka okrężnicy wzrasta wraz z wiekiem (wykres 1.1.2) [5]. Najwyższy odsetek zachorowań obserwuje się w przedziale wiekowym 75-79 lat wśród mężczyzn (149,5/100000/rok) a wśród kobiet między 80-84 rokiem życia (115,1/100000/rok).

Wykres 1.1.2. Zapadalność na raka jelita grubego w Polsce standaryzowana na wiek i płeć.

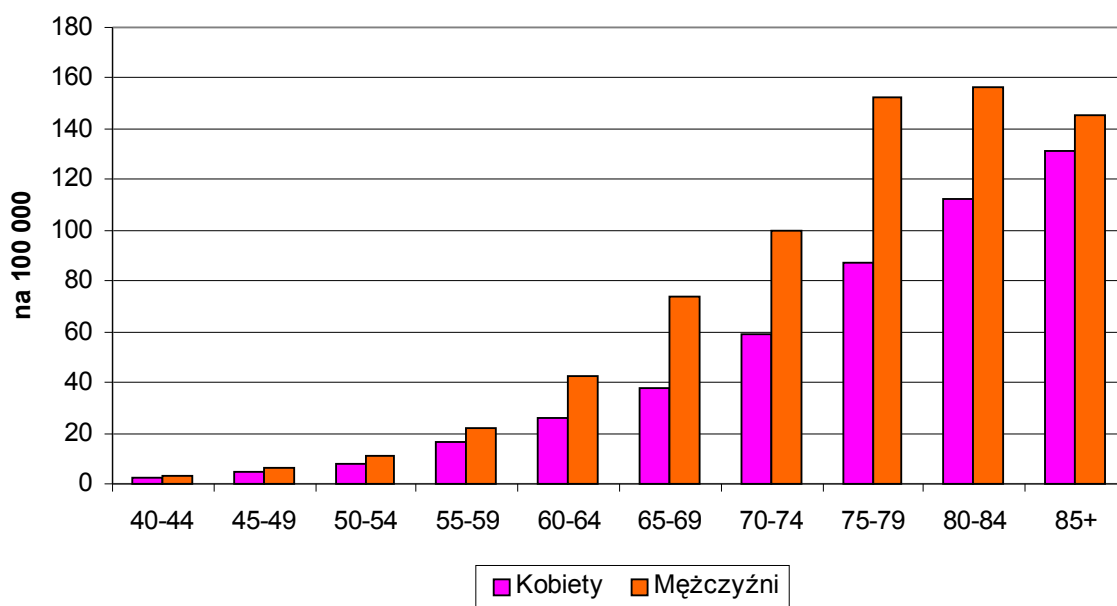
Źródło: Didkowska i współ.: Nowotwory w Polsce w roku 2000. Polski Narodowy Rejestr Nowotworów.



Współczynnik umieralności wykazuje podobne tendencje - umieralność wzrasta w grupie wiekowej powyżej 75 roku życia i osiąga najwyższy stały poziom w grupie najstarszych mężczyzn (wykres 1.1.3) [5].

Wykres 1.1.3. Umieralność na raka jelita grubego w Polsce standaryzowana na wiek i płeć.

Źródło: Didkowska i współ.: Nowotwory w Polsce w roku 2000. Polski Narodowy Rejestr Nowotworów.

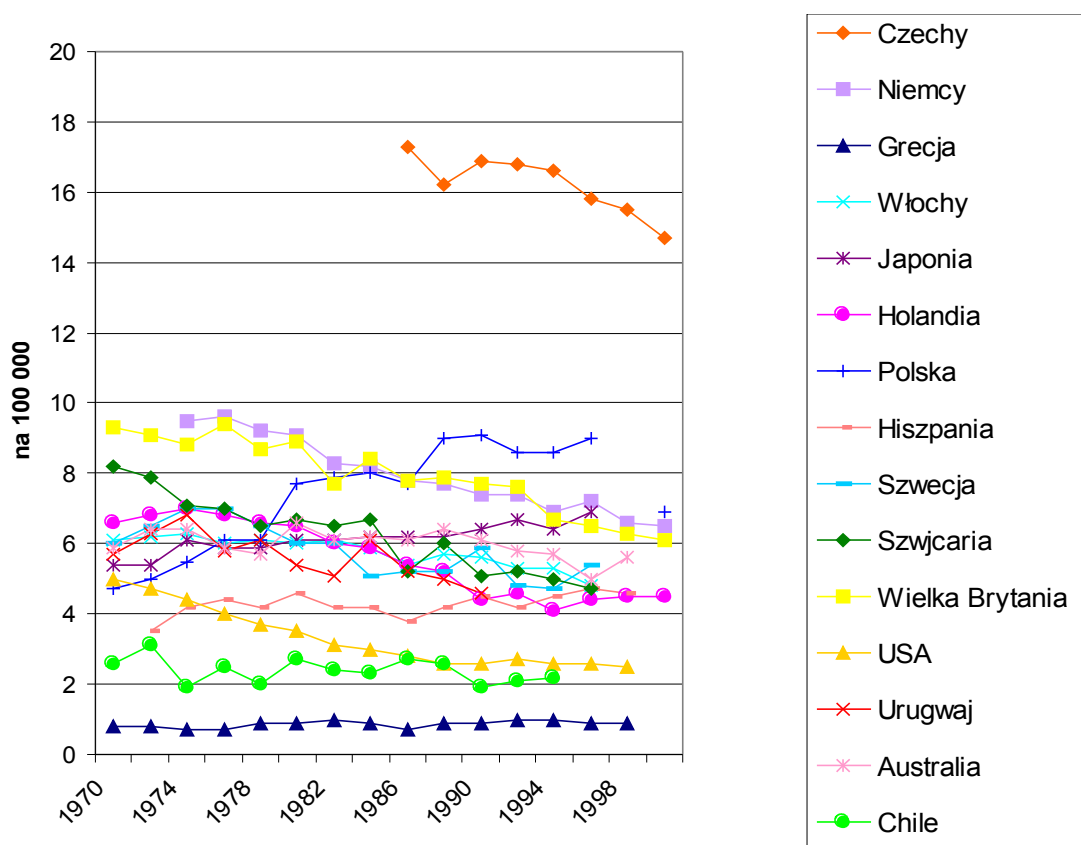


W przypadku raka odbytnicy współczynnik zapadalności jest również znacznie wyższy w krajach rozwiniętych aniżeli rozwijających się, jednak trend ten nie jest stały.

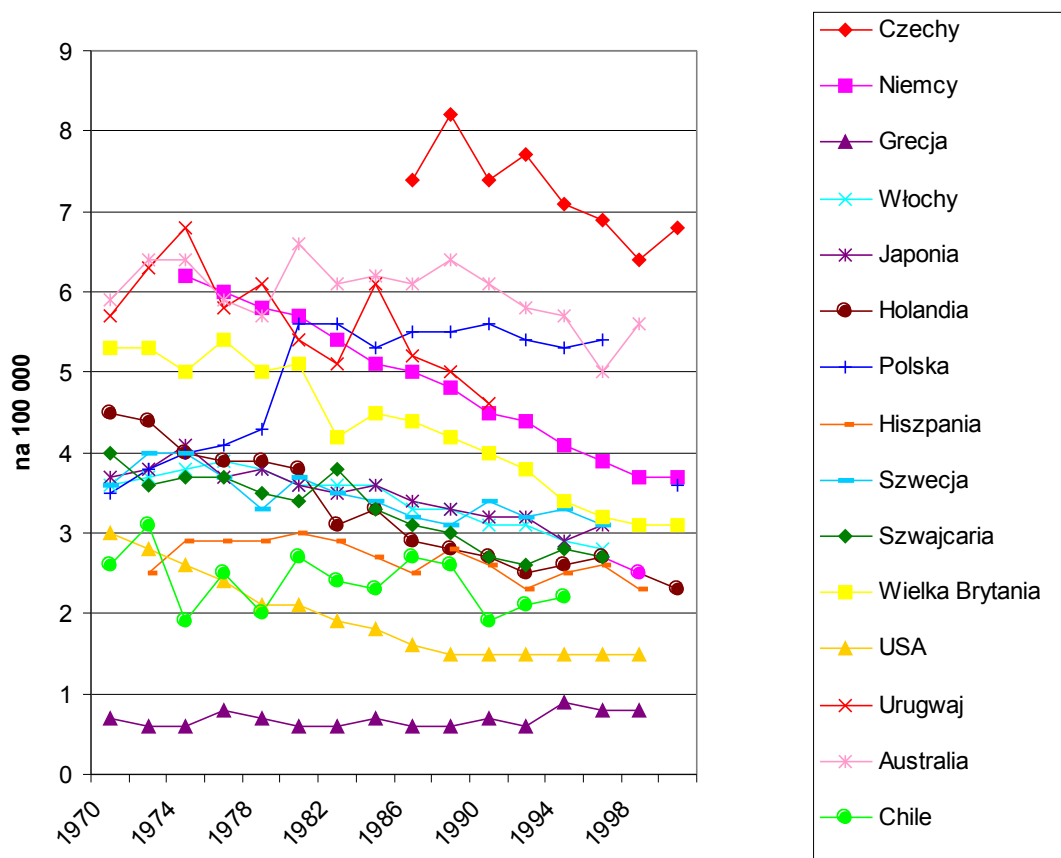
W ciągu ostatnich trzydziestu lat umieralność z powodu raka odbytnicy wykazuje tendencje spadkowe w Niemczech, Wielkiej Brytanii, Holandii, Szwajcarii i w Stanach Zjednoczonych. Natomiast w Polsce, Japonii i Hiszpanii współczynnik umieralności w tym czasie wzrósł.

W Grecji współczynnik umieralności pomiędzy rokiem 1970 a 1998 utrzymywał się na stałym poziomie (wykresy 1.1.4 oraz 1.1.5) [5].

Wykres 1.1.4. Umieralność na raka odbytnicy wśród mężczyzn w latach 1970-1999 standaryzowana na wiek (do populacji światowej). Źródło: IARC database on cancer mortality.



Wykres 1.1.5. Umieralność na raka odbytnicy wśród kobiet w latach 1970-1999 standaryzowana na wiek (do populacji światowej). Źródło: IARC database on cancer mortality.



W Polsce co roku odnotowuje się 12,1/100000 nowych przypadków raka odbytnicy wśród mężczyzn oraz 9,0/100000 wśród kobiet, co wraz ze stale wzrastającym współczynnikiem zapadalności na raka okrężnicy stanowi bardzo poważny problem zarówno medyczny, jak i społeczny.

Współczynnik umieralności na raka odbytnicy w Polsce wyniósł w roku 2000 6,0/100000 dla mężczyzn i 5,0/100000 dla kobiet. Standaryzowany współczynnik umieralności dla raka odbytnicy wzrósł - w latach 1970 - 1996 - z 4,7 do 9,0 /100000 wśród mężczyzn oraz z 3,5 do 5,4/100000 wśród kobiet. Obecnie Polska należy do krajów o umiarkowanym współczynniku umieralności z powodu raka odbytnicy w Europie Północnej. Zapadalność i umieralność z powodu raka odbytnicy w Polsce mają tę samą tendencję wśród kobiet i mężczyzn, jednakże współczynnik zachorowalności wśród mężczyzn jest 2 razy wyższy w starszej grupie wiekowej. Również odsetek zgonów z powodu raka odbytnicy jest wyższy wśród starszych mężczyzn.

W Polsce rak jelita grubego plasuje się na trzecim miejscu pod względem występowania wśród mężczyzn i na drugim wśród kobiet i stanowi drugą przyczynę zgonów wśród obu płci [3, ⁴].

Istnieje wiele czynników przyczyniających się do wystąpienia chorób nowotworowych. Do najważniejszych z nich należą palenie papierosów oraz zwyczaje żywieniowe, a następnie spożycie alkoholu, niski poziom aktywności fizycznej (siedzący tryb życia typowy dla społeczeństw krajów rozwiniętych), infekcje, promieniowanie, zanieczyszczenie środowiska.

Związek pomiędzy wpływem różnych czynników a rozwojem nowotworów badał Peto i współ.. Analizując czynniki ryzyka odpowiedzialne za wszystkie rodzaje nowotworów stwierdzili oni, że palenie papierosów jest przyczyną 30-32% nowotworów, a zwyczaje żywieniowe są odpowiedzialne za wystąpienie 30-35% wszystkich nowotworów. Do innych równie ważnych czynników ryzyka autorzy zaliczyli wirusy oraz infekcje (odpowiedzialne za 10% wszystkich nowotworów), a także płęć, pracę w przemyśle, alkohol, dziedziczność, zanieczyszczenie środowiska [5].

Pomimo przeprowadzenia wielu badań epidemiologicznych, etiologia raka jelita grubego jest nadal niejasna. Czynniki ryzyka zachorowania na raka jelita grubego możemy podzielić na czynniki środowiskowe (zewnętrzne) oraz osobnicze (w tym genetyczne).

Wiele badań epidemiologicznych sugeruje, że zwyczaje żywieniowe odgrywają kluczową rolę w rozwoju raka jelita grubego [6, 7].

Slattery i współ. w swoich badaniach zauważyli, że całkowita podaż energii może być silniej skorelowana z ryzykiem wystąpienia raka jelita grubego aniżeli inne źródła energii takie, jak tłuszcze czy białko. Zaobserwowali oni również związek pomiędzy dużą podażą energii a zachorowaniem na raka jelita grubego w zależności od płci, wieku oraz usytuowania guza. Związek ten był istotnie wyższy dla mężczyzn, osób, u których chorobę zdiagnozowano w młodszym wieku oraz dla guzów umiejscowionych proksymalnie. Jednocześnie zauważyli, iż dieta bogata w błonnik i wapń może znacznie zmniejszyć ryzyko zachorowania na nowotwory jelita grubego [8].

Jędrychowski i współ. w swoich badaniach prowadzonych w Krakowie w latach 2000 - 2003 wskazali na związek pomiędzy zapadalnością na raka jelita grubego a zwiększoną podażą energii, tłuszczów całkowitych i białka. Ponadto wykazali, że wyższe BMI stanowi znaczący czynnik ryzyka dla wystąpienia raka jelita grubego – ryzyko zachorowania na raka było prawie dwukrotnie wyższe wśród osób z nadwagą oraz wśród osób otyłych [9].

Uważa się, że dieta obfita w tłuszcze i mięso – zwłaszcza „czerwone” jest czynnikiem ryzyka, natomiast dieta bogata w błonnik, surowe warzywa i owoce, duże ilości witamin: A, C, E oraz selen i wapń może zmniejszać ryzyko zachorowania na raka

jelita grubego [9, ¹⁰, ¹¹, ¹², ¹³, ¹⁴, ¹⁵, ¹⁶].

Liczne badania pokazują, że nie tylko ogólne spożycie tłuszczów, ale również i jego rodzaj odgrywa znaczącą rolę w etiologii raka jelita grubego. Willet i współ. w prowadzonych badaniach prospektywnych wśród kobiet dowiedli, że wysokie spożycie tłuszczów zwierzęcych, przy równoczesnym niskim spożyciu olejów roślinnych zwiększa ryzyko zachorowania na raka jelita grubego [13].

Niektórzy autorzy wskazują na związek pomiędzy wystąpieniem nowotworów jelita grubego a spożyciem alkoholu. Jędrychowski i współ. stwierdzili, że spożycie alkoholu przy jednoczesnym niskim spożyciu mikroelementów (witamin C i E, retinolu, karotenu) może stanowić istotny czynnik zachorowania na raka jelita grubego [¹⁷].

Potwierdzają to także inne badania zarówno kliniczno - kontrolne, jak i prospektywne [9, ¹⁸, ¹⁹, ²⁰, ²¹, ²², ²³].

Jędrychowski i współ. przeprowadzili również badania kliniczno - kontrolne, których celem była ocena wpływu aktywności fizycznej wynikającej z pracy zawodowej oraz w czasie wolnym na ryzyko zachorowania na raka jelita grubego, przy uwzględnieniu zwyczajów żywieniowych jako potencjalnych zmiennych zakłócających. Wyniki badania potwierdziły niższe o połowę ryzyko zachorowania na raka jelita grubego wśród osób o zwiększonej aktywności fizycznej związanej z wykonywanym zawodem lub prowadzonej w czasie wolnym, a efekt ten był niezależny od rodzaju stosowanej diety [²⁴, ²⁵].

Wiele badań epidemiologicznych sugeruje zwiększone ryzyko zachorowania na raka jelita grubego wśród osób wykonujących pracę w pozycji siedzącej lub wymagającej małego wysiłku fizycznego [²⁶, ²⁷, ²⁸].

Do osobniczych czynników ryzyka można zaliczyć:

- wrzodziejące zapalenie jelita grubego (zwłaszcza, jeśli choroba wystąpiła przed 25 rokiem życia i trwała co najmniej 10 lat),
- choroba Leśniowskiego – Crohna,
- polipowatość rodzinna (spowodowana autosomalną zmianą genetyczną),
- gruczolaki jelita grubego (zwłaszcza gruczolaki kosmkowe oraz polipy o średnicy podstawy powyżej 2 cm),
- zespół Lynch I, czyli zespół wrodzonego niepolipowatego raka jelita grubego (HNPCC – hereditary nonpoliposis colorectal cancer) – Auberten w 1993 roku ocenił, że 1 na 200 osób ma charakterystyczną mutację genu, a 90% osób

z tą mutacją zachoruje na raka jelita grubego,

- zespół Lynch II (Lynch I + nowotwory o innych umiejscowieniach),
- zespół Muir – Torre (Lynch II + współwystępowanie gruczolaków łojowych i nowotworów skóry),
- zespół Gardnera (polipy gruczolakowe powstałe w wyniku obecności genu APC – adenomatosis polyposi coli gene), który powoduje powstawanie gruczolaków jelita grubego,
- zespół Turcota (polipowatość z gruczolakowatością współistniejąca z nowotworami ośrodkowego układu nerwowego – także związany z występowaniem genu APC) [29, 30].

1.2. Symptomatyka, diagnostyka i leczenie raka jelita grubego

Symptomy raka jelita grubego często są niezauważane do momentu, w którym proces chorobowy jest już bardzo zaawansowany, a rosnący guz przekracza ściany jelita grubego.

W przypadku raka okrężnicy objawy kliniczne zależą od umiejscowienia i stopnia zaawansowania nowotworu. Guzy umiejscowione w prawej połowie okrężnicy, częściej przebiegają z niedokrwistością (krwawienie do światła jelita), guz jest zazwyczaj większych rozmiarów aniżeli w lewej połowie jelita grubego.

Do najczęstszych objawów raka okrężnicy należą:

- krwawienia utajone,
- krwawienia jawne (częściej w guzach lewej strony okrężnicy),
- guz wyczuwalny przez powłoki,
- bóle brzucha,
- chudnięcie,
- wzdęcie brzucha,
- gorączka,
- brak łaknienia,
- niedrożność,
- zmiana rytmu wypróżnień,
- powiększenie wątroby (przerzuty),

- powiększenie obwodu brzucha (wodobrzusze, wysięk nowotworowy).

Wszystkie powyższe objawy występują zazwyczaj już w zaawansowanej chorobie nowotworowej. Ponadto u około 15% chorych w chwili wykrycia raka są już obecne przerzuty odległe, głównie do wątroby (ok. 50%).

Objawy raka odbytnicy – podobnie, jak w raku okrężnicy - również zależą od umiejscowienia oraz stopnia zaawansowania nowotworu. Guzy umiejscowione w dolnej części mogą powodować uczucie niepełnego wypróżnienia, nie trzymanie stolca i gazów, ból przy wypróżnianiu. Do najczęstszych objawów raka odbytnicy należą:

- krwawienia utajone lub jawne,
- stolce śluzowe,
- wyczuwalny badaniem per rectum guz,
- bóle w dole brzucha,
- chudnięcie,
- wzdęcie brzucha,
- gorączka,
- brak łaknienia,
- niedrożność,
- zmiana rytmu wypróżnień,
- powiększenie wątroby (przerzuty),
- powiększenie obwodu brzucha (wodobrzusze, wysięk nowotworowy).

Podobnie jak w przypadku raka okrężnicy wszystkie wymienione wyżej objawy występują zazwyczaj już w zaawansowanej chorobie nowotworowej [29, 30].

Rozpoczęcie właściwie zaplanowanego procesu leczenia nowotworu jelita grubego jest możliwe dopiero po jego dokładnym rozpoznaniu. Celem procesu diagnostycznego powinno być w pierwszym rzędzie zbadanie natury guza. Po uzyskaniu weryfikacji histopatologicznej, konieczne jest określenie stopnia zaawansowania procesu nowotworowego.

W przypadku podejrzenia nowotworu jelita grubego obowiązuje pełne badanie podmiotowe i przedmiotowe wraz z pełnym badaniem proktologicznym, na które składa się: oglądanie okolicy odbytu, badanie palcem (per rectum), kolonoskopia lub wziernikowanie odbytnicy i esicy oraz pobranie wycinków do badania histopatologicznego.

Do najważniejszych badań uzupełniających należą: wlew kontrastowy doodbytniczy, USG wątroby, przestrzeni zaotrzewnowej i miednicy małej, ewentualne badanie sondą endorektalną (EUS), zdjęcie przeglądowe klatki piersiowej, rutynowe badania laboratoryjne oraz badania czynności biochemicznej wątroby i nerek. Badanie ginekologiczne powinno być wykonane rutynowo u wszystkich kobiet. Przed operacją powinno być również oznaczone stężenie antygenu karcinoembrionalnego (CEA) w surowicy krwi. W przypadkach miejscowo zaawansowanych nowotworów pomocne dla pełnego rozpoznania mogą być: urografia, cystoskopia, badanie radiologiczne i endoskopowe górnego odcinka przewodu pokarmowego, a w przypadkach bólów kostno – stawowych – scyntygrafia kośćca [³¹, ³², ³³, ³⁴, ³⁵].

Leczenie chirurgiczne jest nadal najskuteczniejszą metodą leczenia raka jelita grubego, czyli tzw. leczeniem z wyboru. Może być ono łączone z innymi metodami postępowania onkologicznego: radio lub chemioterapią [29, 33, 33, ³⁶, ³⁷, ³⁸, ³⁹, ⁴⁰].

Przeciętne wyniki leczenia raka jelita grubego w Polsce daleko odbiegają od wyników światowych. Świadczy o tym wysoki wskaźnik śmiertelności, który wynosi w Polsce 0,83, podczas gdy w Europie Zachodniej oscyluje on w granicach 0,54 - 0,57, zaś w Stanach Zjednoczonych 0,34 - 0,41. Najważniejszym czynnikiem decydującym o pomyślności leczenia jest stopień zaawansowania nowotworu. Ocenia się, że nawet 50% chorych zgłaszających się do lekarza, już w chwili rozpoznania ma zaawansowaną postać choroby. Ponadto zmiany, które w badaniu przedoperacyjnym uchodzą za wczesne (ograniczone do błony śluzowej i podśluzowej) w istocie mogą być znacznie bardziej zaawansowane [⁴¹]. Niestety większość pacjentów leczonych w Polsce to chorzy z nowotworami bardzo zaawansowanymi np. w raku przedinwazyjnym ponad 95% leczonych pacjentów przeżywa 5 lat, natomiast w raku zaawansowanym, kiedy zmiany są już nie operacyjne oraz występują przerzuty okres przeżycia wynosi około 7 miesięcy. Dla przykładu w Stanach Zjednoczonych 5-letni okres przeżywalności dla wszystkich stopni w raku jelita grubego dotyczył 62,1% dla pacjentów rasy białej (w latach 1986 - 1991). W tym samym czasie w Europie współczynnik przeżywalności wynosił 42,8% (dla obu płci), jednakże w krajach rozwijających się współczynnik ten wahał się pomiędzy 22,6% a 45,7% [41].

Od początku XX wieku uczyniono ogromny postęp w badaniach nad chorobami nowotworowymi, rozwijając coraz bardziej efektywne sposoby diagnozowania, leczenia i opieki w przypadku wielu rodzajów nowotworów. Wciąż angażuje się ogromne zasoby ludzkie oraz finansowe w tego typu badania, a mimo to od początku lat siedemdziesiątych

XX wieku nie obserwuje się większych zmian w leczeniu nowotworów o wysokiej śmiertelności.

Istniejące piśmiennictwo dotyczące zarówno etiologii nowotworów, jak też adaptacji do choroby i przeżywalności, skupia się na zachodzących na siebie wpływach przyczynowych zachorowania na nowotwory o charakterze psychospołecznym.

1.3. Choroba w perspektywie teoretycznej socjologii medycyny

Tak złożone zjawisko, jakim jest choroba stanowi przedmiot zainteresowań głównie trzech dziedzin: medycyny, psychologii i socjologii. Wynika to z postrzegania choroby w trzech wymiarach: biomedycznym (disease) - choroba sprowadza się m.in. do możliwych do zdiagnozowania zmian patologicznych, psychologicznym (illness) – wskazującym na subiektywną percepcję choroby, która składa się na dyskomfort psychiczny, stany złego samopoczucia, oraz społecznym (sickness) - społeczną tożsamość jednostki w wyniku określenia jej przez innych jako osoby niezdrowej lub kiedy ona sama tak się określa. Te trzy wymiary przenikają się wzajemnie i warunkują, chociaż niejednokrotnie zarówno chorzy, jak i lekarze skupiają się tylko na jednym, nie zawsze tym samym, wymiarze [42].

Klasyczne koncepcje choroby przypisywane są Talcottowi Parsonsowi (1951) i Eliotowi Freidsonowi (1961, 1970). Parsons zaliczył chorobę do kategorii zjawisk społecznych, ujmując ją jako rodzaj dewiacji społecznej [43]. W tym ujęciu choroba jest traktowana jako rodzaj zakłócenia społecznego porządku, w którym „normę” wyznaczają pojęcia sukcesu i aktywizmu. Zdrowie to „...stan, w którym jednostka wykazuje optymalną umiejętność pełnienia ról i zadań, wyznaczonych jej przez proces socjalizacji. Zdrowie zdefiniowane jest więc w odniesieniu do uczestniczenia jednostki w systemie społecznym...”. I dalej pisze on, że choroba „...jest zinstytucjonalizowanym społecznie typem roli. Charakteryzują ją pewne ogólne zakłócenia umiejętności, zgodne ze społecznymi oczekiwaniami, zdefiniowanymi wobec pełnienia ról lub wykonywania zadań. Zakłócenia te nie są przy tym specyficzne dla jakiegoś konkretnego zadania, roli, normy lub wartości...”.¹

Parsons analizując przypadki chorób psychicznych i somatycznych, doszedł do wniosku, że jednostki dotknięte konkretnymi schorzeniami nie są w stanie pełnić

¹ Parsons T.: Struktura społeczna a osobowość. Warszawa, 1969, s.340-341.

oczekiwanych ról i zadań społecznych „...chorobę somatyczną można określić jako niezdolność do wykonywania ważnych zadań, podczas gdy chorobą umysłową jest niezdolność do pełnienia ról...”² W konsekwencji zbiorowości, w których żyją, uruchamiają wobec nich specyficzne mechanizmy identyfikacji i kontroli. Czynią tak, ponieważ zachowania osób chorych mogą burzyć lub zakłócać istniejący ład społeczny. Parsons przyjął, że w społeczeństwach zachodnich – zwłaszcza amerykańskim – jedynie stan pełnego zdrowia umożliwia człowiekowi optymalne pełnienie ról i wykonywanie zadań.

Parsons wyróżnił cztery podstawowe cechy społecznej roli chorego:

- osoba chora nie jest odpowiedzialna za swoją chorobę,
- choroba może być podstawą do zwolnienia z normalnych zadań i ról społecznych,
- obowiązkiem osoby chorej jest uznanie swego stanu zdrowia za niepożądany i dążenie (dzięki współdziałaniu z innymi osobami - otoczeniem społecznym) do celu, jakim jest pełne wyzdrowienie,
- w celu powrotu do zdrowia chory ma obowiązek szukania kompetentnej, profesjonalnej pomocy medycznej oraz współdziałać z nią [43].

Parsons traktował chorobę jako zagrożenie dla społeczeństwa, ponieważ umożliwia ona uprawomocnione wycofywanie się z obowiązków związanych z pełnieniem różnych ról społecznych, co prowadzić może do zachwiania równowagi systemu społecznego. Dlatego też choroba wymaga oficjalnej regulacji społecznej, a osobami, które są odpowiedzialne za kontrolę społeczną przebiegu chorób są lekarze. Na nich spoczywa odpowiedzialność za oficjalne sankcjonowanie roli chorego, jako dewiacyjnej roli społecznej [44].

Według Parsonsa traktowanie choroby jako dewiacji oznaczało, że:

1. Choroba nie pojawia się na skutek nieświadomej motywacji, ale z powodu społecznego przypisania.
2. Choroba jest pewną rolą, często dożywotnie przypisaną jednostce, o ile równocześnie występuje zjawisko piętnowania.
3. Choroba opisuje pewną karierę związaną z reakcjami środowiska społecznego, a szczególnie z instytucjami, które chorobą się zajmują [45].

Pojęcie dewiacji rozważane w kategoriach reakcji społecznej ściśle powiązane jest z teorią naznaczenia społecznego (etykietyzowania, stygmatyzacji). Według teorii naznaczenia społecznego, reakcja społeczna może przybierać różne formy np. piętnowania

² Tamże, s. 326.

dewianta, zdegradowania społecznego, izolowania go, przypisywania mu określonej nazwy (np. w przypadku chorych psychicznie) lub przypisania mu określonej pozycji w społeczeństwie [45].

Teoria naznaczenia społecznego znalazła zastosowanie w analizie choroby jako dewiacji społecznej. Można wyróżnić szereg chorób przewlekłych takich jak: gruźlica, rak, choroby psychiczne, które ujawnione wywołują bardzo silną reakcję społeczną w rezultacie czego, osoby dotknięte tymi chorobami nie są w stanie pełnić swych ról - zawodowych, rodzinnych itp. Takie piętno może całkowicie sparaliżować ich działania społeczne, mogą wycofać się oni na margines społeczny, gdzie ich choroba nie będzie postrzegana jako coś osobliwego. Ponadto zmianie ulega ich własne „ja” – obraz samego siebie zostaje zniszczony, a tym samym, zniszczeniu ulega cały system interakcji symbolicznego porozumienia z otoczeniem.

Koncepcja Parsonsa zyskała wielką popularność, jednakże szereg badań empirycznych wykazało ograniczenia w jej zastosowaniu [⁴⁶, ⁴⁷].

Mimo tych zarzutów koncepcja Parsonsa dotycząca roli chorego była przełomowym momentem dla rozwoju socjologii choroby [⁴⁸].

Kontynuatorem koncepcji Parsonsa, a równocześnie jej krytykiem był A.C. Twaddle, który świadomy ograniczeń wpływających z interpretacji choroby w kategoriach dewiacji, zaproponował pojęcie adaptacji, które w znacznie szerszym stopniu niż pojęcie dewiacji, pozwoliłoby oddać istotę tak złożonego zjawiska, jakim jest choroba. Twaddle przyjął, że choroba nie jest tylko zjawiskiem społecznym, ale również społecznie zdefiniowanym zjawiskiem o podłożu biologicznym i psychologicznym, występującym w określonych ramach kulturowych i uznał, że teoria dewiacji, koncentrująca się tylko na symbolicznych właściwościach choroby, a pomijająca jej cechy fizyczne, nie oddaje jej rzeczywistego obrazu. W związku z tym postanowił poszukać bardziej ogólnego pojęcia, które pozwoliłoby włączyć problematykę społecznych uwarunkowań zdarzeń biologicznych do socjologicznych rozważań na temat choroby. Odwołanie się do adaptacji wynikało z faktu, iż nie ogranicza się ono do systemów społecznych, jak w przypadku dewiacji – adaptacja może być zarówno biologiczna, psychologiczna, społeczna, jak i kulturowa - a tym samym pozwala na rozpatrywanie czynników biologicznych i społecznych równocześnie, np. w ramach teorii systemów. Godnym podkreślenia faktem jest to, że Twaddle nie zrezygnował z wykorzystywania pojęcia dewiacji; był zwolennikiem włączenia tego pojęcia w bardziej ogólną strukturę. W myśl zaproponowanej przez niego perspektywy adaptacyjnej, pojęcie choroby miałoby być konstruowane w kategoriach nieprzystosowania [⁴⁹].

Stworzenie modelowego pojęcia adaptacji pozwoliło na pokazanie sposobów i skutków nieprzystosowania się jednostki do sytuacji ciężkiej choroby przewlekłej. Badania empiryczne pokazały, że choroba na poziomie, np. rodziny może być zarówno elementem umacniającym (adaptacja do sytuacji choroby), jak i zagrażającym jej strukturze i funkcji (brak adaptacji).

Kolejnym autorem, który w sposób istotny przyczynił się do rozwoju problematyki socjologii choroby był Eliot Freidson. Badał on zachowania społeczne otaczające chorobę. Stwierdził on, że w pojęciu choroby widnieją dwa rodzaje dewiacji: biologiczna i społeczna. Analizując chorobę jako dewiację biologiczną założył, że wszystkie objawy odchylenia od normy, które może obserwować lekarz są niezależne od ludzkich kultur, a techniki wykorzystywane w medycynie wszędzie są jednakowe. W takim rozumieniu choroba to zjawisko obiektywne, uniwersalne, natomiast medycyna ma za zadanie wyjaśnienie jej przyczyn i użycie odpowiednich technik leczniczych. Z punktu widzenia socjologicznego istotna jest koncepcja samej choroby, tzn.: jakie symptomy nazwane są chorobą, jak jednostka reaguje na chorobę oraz jak proces diagnozowania i leczenia wpływa na zmianę zachowań społecznych chorych. Freidson zanalizował więc chorobę jako dewiację społeczną, która posiada biofizyczną przyczynę i wymaga biofizycznego leczenia przez profesjonalistów – lekarzy. Jako dewiacja społeczna choroba może być:

1. dewiacją pierwotną - zakłócenia zdrowia tymczasowo zmieniają sposób pełnienia normalnych ról społecznych,
2. dewiacją wtórną – reakcje otoczenia na chorobę (piętnowanie, wymierzenie kary, segregacja), powodują zmianę dotychczasowych zasad komunikowania się z innymi, zmianę własnej tożsamości co w konsekwencji prowadzi do powstania nowych ról społecznych.³

Freidson wskazał także najważniejsze cechy choroby, czyli czas trwania choroby, zakres i możliwość jej wyleczenia, stopień niezdolności do odgrywania ról społecznych, potencjalną degradację, a zwłaszcza piętno społeczne. Freidson omawiając sytuacje determinujące rodzaj i charakter przywilejów związanych z faktem bycia chorym, stwierdził, iż choroba uleczalna może mieć konsekwencje w postaci zawieszenia świadczeń z nią związanych, natomiast orzeczenie o chorobie nieuleczalnej powoduje bezwarunkowe i bezterminowe pełnienie społecznej roli chorego. Rozwazał także sytuację

³ Por. Uramowska-Żyto B.: Socjologiczne koncepcje zdrowia i choroby [w] Wstęp do socjologii medycyny. Praca zbiorowa pod red. Ostrowskiej A.. Instytut Filozofii i Socjologii PAN. Warszawa 1990, s.78.

stygmatyzacji choroby przez otoczenie społeczne w efekcie uznania roli chorego za osobę nieprawomocną [45].

Koncepcje Freidsona stanowiły podstawę do wyróżnienia profesjonalnych (np. biomedycznych) i laickich koncepcji choroby (interpretowanej według kryteriów potocznych, stosowanych przez „zwykłych ludzi” lub np. uzdrowicieli i znachorów).

W 1961 roku Freidson wprowadził pojęcie lay referral system, odnoszące się do systemu poglądów laików na temat choroby. Koncepcje Freidsona obejmowały zarówno charakterystykę potocznych poglądów na temat przyczyn choroby, jak i opinie dotyczące diagnostyki, profilaktyki oraz terapii. Dzięki takiemu podejściu można było badać m.in. percepcję objawów chorobowych, sposób ich interpretowania, zachowania i postawy wobec choroby oraz osoby chorego, oceny rokowań w postępowaniu leczniczym [48, ⁵⁰].

Chorobą, jako dewiacją, zajmował się także Field, który za Lemertem przyjmował „... za dewiację pierwotną chorobę ostrą i krótkotrwałą, a chorobę przewlekłą za dewiację wtórną, wtedy, gdy jednostka, chcąc się przystosować, musi zmienić swoje dotychczasowe zachowania”.⁴

We wszystkich chorobach występuje - w jakimś zakresie - brak kontroli osoby chorej nad jej normalną, codzienną aktywnością. W początkowym okresie choroby występuje często lęk i niepewność. Odczucia te mogą ulec zmniejszeniu lub narastać w trakcie procesu diagnozowania. Diagnoza spełnia kilka funkcji, a najważniejszą z nich jest uznanie statusu chorej osoby, zwolnienie jej z codziennych obowiązków i ustalenie, jak ma się ona zachowywać w czasie choroby.

Uramowska –Żyto tworząc społeczną definicję choroby wzięła pod uwagę cztery ważne wymiary: trwanie choroby, zakres i prawdopodobieństwo wyleczenia, tj. prognozę, stopień dyskomfortu, niezdolności, oraz potencjalną degradację, a zwłaszcza tzw. piętnowanie społeczne. Autorka pisze dalej, iż charakter interwencji profesjonalnej ulega zmianie w zależności od rodzaju choroby, jak również od możliwości interwencji laików. Większość ludzi mówiąc o chorobie, ma na myśli krótkotrwałą chorobę ostrą – łatwo rozpoznawalną zarówno z powodu widocznych objawów, jak również z powodu uczucia dyskomfortu i subiektywnego odczucia, iż fizycznie stan ten różni się od normalnego. W takiej sytuacji wiedza laików o objawach, jak również o przebiegu choroby i jej leczeniu jest zgodna z wiedzą profesjonalistów, a rola lekarza polega zwykle na potwierdzeniu diagnozy laika. Natomiast w chorobach przewlekłych relacje między stanem biologicznym a definicją społeczną choroby nie są już tak jasne i proste.

⁴ Tobiasz-Adamczyk B.: Wybrane elementy zdrowia i choroby. Kraków, 2000, s.38.

W chorobach takich, jak stwardnienie rozsiane, rak, czy cukrzyca objawy rozwijają się wolno i są czasami trudne do uchwycenia. Także diagnoza lekarska może być początkowo niepewna i w dużej mierze zależeć głównie od przeprowadzenia różnych badań diagnostycznych. Również czas trwania i następstwa takiej choroby są trudne do określenia. W takiej sytuacji mamy do czynienia z niepewnością zarówno ze strony lekarza, jak i chorego oraz jego rodziny [51].

Choroby przewlekłe można podzielić na dwa rodzaje - w zależności od społecznych konsekwencji związanych z etykietowaniem - na choroby piętnowane lub niepiętnowane. Konsekwencje etykietowania występują wyraźnie w procesie leczenia i rehabilitacji, a także warunkują dalszą jakość życia wynikającą ze stanu zdrowia. Kliniczne, emocjonalne i społeczne konsekwencje chorób przewlekłych są długotrwałe i prowadzą w mniejszym lub większym stopniu do modyfikacji zachowań [52].

Inną koncepcję choroby ujętą w kategoriach zachowań opracowali Kasl i Cobb [53]. Zaproponowane przez nich psychospołeczne ujęcie stanów zdrowia i choroby opisują stany świadomości jednostki, wyodrębnione na podstawie samopoczucia: „czuję się zdrowy”, „jestem zdrowy”, „czuję się chory”, „jestem chory”.

Tobiasz –Adamczyk analizując koncepcje Kasla i Cobba zaobserwowała, iż „... zachowania związane ze zdrowiem i chorobą determinują występowanie następujących stanów:

1. wypełniania normalnych ról społecznych,
2. zmniejszonej sprawności wykonywania normalnych ról, przygotowania się do roli człowieka chorego,
3. wejścia w rolę człowieka chorego,
4. zaniechanie roli chorego.

Zmianom w samopoczuciu oraz normalnej aktywności życiowej odpowiadają zmiany w stanie zdrowia, które przebiegają według kryterium medycznego w większości przypadków w następujący sposób:

1. zdrowie,
2. choroba w stadium przed klinicznym (trudna do wykrycia),
3. choroba w stadium klinicznym (nierozpoznana),
- 4.** choroba rozpoznana,
5. zmiany następujące pod wpływem leczenia,
- 6.** stan po leczeniu (powrót do zdrowia lub zgon). [...]

Przypuszczenie dotyczące pojawienia się choroby może być sformułowane przez:

- grupy pierwotne (rodzina, przyjaciele, koledzy z pracy) we wczesnych etapach rozwoju choroby,
- instytucje formalne lub służby społeczne, kiedy objawy te nie są dostrzeżone przez grupy pierwotne, natomiast stają się widoczne i budzą lęk u osób obcych,
- samego pacjenta,
- lekarza, który podejmuje ostateczną decyzję, co do choroby.

Z punktu widzenia społecznej definicji choroby ważne jest, że to otoczenie decyduje o tym, czy dane zachowanie jest uznane za zachowanie dewiacyjne. W takiej sytuacji chory pod wpływem otoczenia zaczyna myśleć o sobie w kategoriach narzuconej mu „roli”...”.⁵

Choroba, jej przebieg i charakter wpływają również w oczywisty sposób na rodzaj relacji między lekarzem a pacjentem. Koncepcja Szasza i Hollendra (1956), która była rozwinięciem i sprecyzowaniem modelu parsonsofskiego, uznawała dominację lekarza nad pacjentem, wynikającą z asymetrii posiadanej wiedzy medycznej i kwalifikacji. Wprowadziła także organiczne symptomy choroby jako zmienną kształtującą charakter współpracy pacjenta z lekarzem [54].

Z kolei Freidson relacje lekarz - pacjent ujmował z perspektywy różnicy interesów i konfliktu pomiędzy stronami interakcji. W konsekwencji chory, który posiada własny system pojęć, wartości, celów i preferencji związanych z chorobą, może nie poddawać się „władzy i autorytetowi lekarza”. Konflikt lekarz - pacjent, którego granice i obszar wyznacza charakter procesu chorowania jest dla lekarza szczególnie bolesny; lekarz jako absolwent uczelni medycznej, jest w społeczeństwie symbolem eksperta - profesjonalisty. Źródłem konfliktu między chorym a lekarzem może być zarówno rozbieżność potocznych wyobrażeń o chorobie w odniesieniu do specjalistycznej wiedzy medycznej, jak i fakt, iż lekarz musi przestrzegać wymogów współczesnej, zbiurokratyzowanej, zorientowanej na zysk medycyny naprawczej. Przyczyną napięć w relacji chory - lekarz, która wpływa na efektywność procesu leczenia, bywają także odmienne „rzeczywistości kulturowe” stron tej interakcji [45,50].

Analizę przemian w relacji lekarz – pacjent przeprowadziła m.in. Ostrowska (1981, 1990, 2001). Liczne zmiany, jakie zaszły w ostatnich pięćdziesięciu latach w relacjach lekarz – pacjent pokazały zarówno badania empiryczne, jak i analiza modeli teoretycznych poświęconych tym relacjom [55, 56, 57]. Punktem wyjścia tej analizy był model Parsonsa, w którym lekarz pełnił rolę profesjonalisty dominującego nad pacjentem. Model ten

⁵ Tobiasz-Adamczyk B.: Wybrane elementy zdrowia i choroby. Kraków, 2000, s.39-40.

rozwinęli Szasz i Hollender wskazując na konieczność modyfikacji relacji lekarz – pacjent w zależności od stanu pacjenta i jego zdolności do aktywnego uczestniczenia w terapii. Wyróżnili oni trzy typy takich relacji: aktywność – współpraca, kierowanie – współpraca oraz obopólne uczestnictwo. Relacja ta polegała nie tylko na oddziaływaniu lekarza na podporządkowanego mu pacjenta, ale w pewnych sytuacjach wymagała także współpracy obu stron. Nadal jednak lekarz pozostawał stroną dominującą, jak zakładał to paradygmat funkcjonalny. Inną propozycję zaprezentowali socjologowie kierujący się założeniami teorii konfliktu. Freidson dowodził, iż wzajemne zachowania w stosunkach pomiędzy lekarzem a pacjentem zależą od tego, jakie zajmują oni miejsce w strukturze społecznej oraz od zajmowanej w niej pozycji. Zwrócił również uwagę na różnice interesów pacjenta i lekarza w zależności od sytuacji, w jakich przebiega ta relacja. Dominująca pozycja lekarza wynika z faktu kontrolowania przez niego dostępu do świadczeń medycznych, które w inny sposób nie są dla pacjenta osiągalne. Inne prace opierające się na tym samym podejściu teoretycznym zwracały ponad to uwagę na konflikt interesów – głównie na konflikt pomiędzy korzyściami materialnymi lekarzy a wymogami dobrego zdrowia pacjentów. Tłumaczyli tym m.in. fakt, że system opieki medycznej faworyzuje pacjentów bogatszych, natomiast dobra współpraca i komunikacja z lekarzem nie jest dostępna dla pacjentów niewykształconych, biednych i nieprzystosowanych społecznie [55,56,57].

Ostrowska (2001) analizując kwestie związane z relacją lekarz – pacjent konsekwentnie wskazywała na znacznie lepszą sytuację pacjentów posiadających wyższe wykształcenie i wyższą pozycję społeczną. Osoby te łatwiej nawiązywały właściwą komunikację z lekarzem, rzadziej skarżyły się na trudności z uzyskaniem informacji dotyczących choroby, częściej był pytane o zgodę na zaproponowany przez lekarza sposób leczenia. Trudności w komunikacji, w przedstawieniu skomplikowanych spraw w przystępny, zrozumiały dla pacjenta sposób zbyt często stają się dla niego barierą, która uniemożliwia mu aktywny udział w rozwiązywaniu problemów związanych ze stanem jego zdrowia. Z kolei dystans, jaki często odczuwają w stosunku do lekarza jako profesjonalisty, osoby znajdujące się niżej od niego w hierarchii społecznej, przejawiający się choćby oporami przed zadawaniem zbyt wielu pytań, często jest interpretowany przez lekarza jako przyzwolenie do podejmowania przez niego wszystkich decyzji [57].

Przedstawiciele interakcjonizmu symbolicznego wskazywali z kolei na relacje lekarz – pacjent jako na system wzajemnych negocjacji, poprzez które obie strony wspólnie

identyfikują problem i ustalają dalsze postępowanie. Pozycja lekarza nadal jednak pozostaje dominująca. Kolejna ideologia – ideologia konsumeryzmu - rozpatruje relacje lekarz – pacjent z punktu widzenia interesów konsumenta usług medycznych. Główne założenia tego nurtu przedstawiają się następująco: „...dobre zdrowie wymaga aktywnej postawy a nie biernego stosowania się do zaleceń lekarza, relacje lekarz – pacjent są zorganizowanym systemem zachowań, których pacjent powinien się nauczyć, chcąc efektywnie negocjować usługi, aktywny pacjent musi sam zdobywać różne informacje na temat zdrowia, samodzielnie dokonywać wyboru lekarza oraz innych alternatywnych źródeł pomocy. Potrafi także ocenić rezultaty interwencji medycznych i dąży do lepszego poznania swoich potrzeb zdrowotnych. Model partnerski, w którym lekarz jest doradcą posiadającym wprawdzie autorytet profesjonalny, ale nie posiadającym władzy nad pacjentem, wywodzi się z nowego, społeczno -ekologicznego paradygmatu zdrowia, w którym główny nacisk kładzie się na odpowiedzialność człowieka za zdrowie. Profesjonalna opieka medyczna w tym modelu pełni rolę wspierającą.”⁶

We wszystkich omawianych przez Ostrowską modelach pojawił się problem asymetrii (dystansu) w relacjach lekarz – pacjent. W większości opracowań lekarze krytykowani są za dystansowanie się od pacjenta, za pełnienie swojej roli w sposób instrumentalny. W skrajnych przypadkach postawa taka może stać się czynnikiem jatrogennym dla chorego. Jednak wytworzenie dystansu pomiędzy pacjentem a lekarzem jest czasami konieczne. Rzeczowy, techniczno-specjalistyczny stosunek do pacjenta ułatwia często przeprowadzenie badania lekarskiego, które narusza sferę intymności pacjenta. Ostrowska zwraca uwagę, iż należy dokonać rozróżnienia pomiędzy dystansem funkcjonalnym odnoszącym się do konkretnego problemu zdrowotnego pacjenta, a dystansem wynikającym z braku prawidłowej komunikacji pomiędzy lekarzem a pacjentem. Dystans pomiędzy lekarzem a chorym może także zostać pogłębiony wskutek niezgodności wzajemnych oczekiwań, co do sposobu pełnienia swoich ról.

Pacjenci najczęściej oczekują od lekarza działań zarówno instrumentalnych, jak i ekspresyjnych (z przewagą tych ostatnich). Ich proporcje są różne, jednak często przeważają działania instrumentalne. Natomiast lekarz oczekuje, że pacjent będzie się zachowywał zgodnie z jego zaleceniami, a nie spełnienie tych oczekiwań może wpłynąć na relacje między lekarzem a pacjentem [56,57].

⁶ Por. Ostrowska A.: Relacja pacjent – lekarz: nowa jakość? Promocja zdrowia. Nauki społeczne i Medycyna, 2001, 21, s.111-112.

Sokołowska (1976, 1980, 1986) w swoich rozważaniach na temat społecznego pojęcia choroby i poczucia dyskomfortu stwierdziła, iż rozróżnienie pomiędzy chorobą a poczuciem dyskomfortu ma zasadnicze znaczenie dla zrozumienia zachowania się określonych ludzi. Choroba jest zjawiskiem obiektywnym, charakteryzującym się zmienionym funkcjonowaniem ciała jako organizmu biologicznego. Bez względu na dolegliwości objawów, choroba jest procesem ukrytym, który można zrozumieć tylko wtedy, kiedy jej widzialne oznaki odnoszą się do wiedzy na temat funkcjonowania organizmu ludzkiego. Poczucie dyskomfortu jest natomiast zjawiskiem subiektywnym. Dana osoba postrzega, że „nie czuje się dobrze” i w związku z tym zmienia swoje zachowanie. Poczucie dyskomfortu staje się zjawiskiem społecznym wtedy, kiedy zaczynamy go dostrzegać, i kiedy doprowadzi nas ono do zmiany naszego zachowania i interakcji społecznych między nami a innymi ludźmi [⁵⁸, ⁵⁹, ⁶⁰].

Klasyczny mechanizm stygmatyzacji (piętnowania) po raz pierwszy przedstawił Goffman w pracy „Asylum” (1961) odnosząc go do położenia społecznego pacjentów psychiatrycznych. Rozważania na temat piętna Goffman poświęcił kolejne opracowanie – „Stigma” (1963) [⁶¹]. Pisał on w nim m.in. „...Gdy ktoś, kto w zwykłych interakcjach [...] mógłby zostać bez trudu zaakceptowany, zostaje nosicielem łatwo zauważalnej, odstręczającej nas od niego cechy, okoliczność ta zarazem deprecjonuje inne jego właściwości, które mogłyby wywrzeć na nas pozytywne wrażenie. Taką osobę obciąża piętno, zasadniczo modyfikujące nasze antycypacje w stosunku do niej...”⁷

Piętno to zjawisko obdarzone wielką siłą, która jest nierozzerwalnie związana z różnym wartościowaniem tożsamości społecznych. W ujęciu Goffmana piętno jest nie tylko przymiotem nosiciela, ale też pewnym typem związku między samym atrybutem a stereotypem. W takim ujęciu piętnem staje się każda przygodna relacja między nosicielem piętna a normalasem, czyli w ujęciu Goffmana, „człowiekiem normalnym”. Goffman skonstruował język, który odgraniczał problematykę piętna od problematyki psychologii dewiacji. Nosiciela piętna określał mianem „normalnego dewianta”, kontekst, w którym działa dewiant, nazwał odstępstwem lub odchyleniem. W ten sposób społeczne funkcjonowanie odstępcy, np. człowieka chorego, czy wybitnego nie musi wiązać się takimi procesami psychospołecznymi charakterystycznymi dla relacji piętna, jak reidentyfikacja, niepewność relacji społecznych, czy wstyd. Wyróżnił także trzy rodzaje piętna: brzydotę cielesną (deformacje fizyczne), wady charakteru prowadzące do

⁷ Goffman E.: Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2005, s.35.

powstania na przykład zaburzeń psychicznych, alkoholizmu itp. oraz grupowe piętna rasy, narodowości i wyznania [61].

Według Sokołowskiej piętno (stigma) odnosi się do każdego stanu, atrybutu lub cechy, która określa jednostkę jako gorszą pod względem kulturowym, a kryteria tego, co w danym momencie i w danym społeczeństwie „uznajemy za gorsze”, są zmienne przestrzennie i kulturowo. Potoczne definicje „tego, co gorsze” mają pewien (mniejszy lub większy) wpływ na postawy i zachowania lekarzy, praktyka lekarska, bowiem nie rozwija się nigdy w próżni kulturowej. Przykładowo specyficznym problemem u chorych (np. z paraplegią) jest niedostrzeganie i piętnowanie (nierestrykcyjne) ich potrzeb, oczekiwań i zachowań seksualnych. Dopiero postęp w badaniach socjopsychologicznych i coraz wyraźniejsza artikulacja własnych interesów przez te grupy chorych stopniowo zawężyła pole stygmatyzacji i zmniejszyła jej intensywność [58].

Czynniki, które wpływają na stopień i charakter stygmatyzacji to m.in. zakres domniemanej winy chorego za swój stan (np. AIDS, choroby weneryczne, schorzenia będące skutkami alkoholizmu), widoczność kalectwa (np. wyraźne zniekształcenie rysów twarzy w przebiegu choroby), nieprzewidywalność zachowań społecznych chorego (choroby psychiczne) oraz nieodwracalność kalectwa [52].

Punktem wyjścia dla większości przedstawionych powyżej rozważań był choroba zdefiniowana w kategoriach biomedycznych, różniąca się jedynie stopniem, w jakim uwzględniała wpływ czynników społecznych na jej postrzeganie i odbiór.

Pod koniec lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku socjologowie zaczęli sięgać do innych schematów teoretycznych, które umożliwiły, w odróżnieniu od funkcjonalnej koncepcji choroby, skoncentrowanie się na nieformalnych miejscach związanych z zachowaniem zdrowia i leczeniem choroby – dom, sąsiedztwo, kościół, szkoła. Socjologowie analizowali wiedzę zdroworozsądkową, życie codzienne, przemiany zachodzące w subiektywnej i obiektywnej rzeczywistości w zakresie spraw związanych ze zdrowiem i chorobą. Analizy te mieszczą się w obszarze fenomenologii, czy w interakcjonizmie symbolicznym. Uramowska - Żyto pisze, iż: „...Powstanie interakcjonistycznego paradygmatu w opisie i definiowaniu choroby można potraktować jako reakcje na „system społeczny” Parsonsa. U podstaw tego paradygmatu leżą trzy stwierdzenia:

1. choroba nie pojawia się na skutek nieświadomej motywacji, ale z powodu społecznego przypisania,

2. choroba jest pewną rolą często dożywotnie przypisaną jednostce, o ile występuje równocześnie proces stygmatyzowania,
3. choroba opisuje pewną „karierę” związaną ze środowiskiem społecznym, a szczególnie z instytucjami, które chorobą się zajmują.

Interakcyoniści w odróżnieniu do Parsonsa uważali, że choroba pojawia się w wyniku oddziaływania czynników zewnętrznych (środowiskowych) i wyróżnili dwa poziomy analizy:

1. stosunków interpersonalnych, w trakcie, których dochodzi do zmiany w zachowaniach ludzi i przypisaniu choroby w skutek tych zmian,
2. poziom instytucji społecznych, których zadaniem jest skategoryzowanie i ocena indywidualnych zachowań.

[...] W tym ujęciu choroba jest więc funkcją procesów środowiskowych. Głównym elementem interakcjonistycznego paradygmatu choroby jest reakcja społeczna, a jednostka jest pasywnym obiektem ocenianym z zewnątrz. Decydującym kryterium choroby lub zdrowia (dewiacji lub normalności) jest to, czy w toku reakcji społecznej uda się skutecznie przypisać którąś z tych kategorii...”⁸

Przedstawiciele interakcjonizmu symbolicznego zwracali uwagę na podwójny charakter choroby: biologiczny i społeczny. „Choroba jako rzeczywistość biologiczna opiera się na patologicznych zjawiskach, a kryteria wyróżniania tak rozumianej choroby są stałe w różnych kulturach tzn., że objawy np. zapalenia płuc będą takie same w Nowym Jorku, jak i w Nowej Kaledonii. Rozumienie choroby w takim ujęciu było jednak krytykowane, ponieważ ograniczało się tylko do fizycznych dolegliwości; postulowano, aby obok przyczyn natury biologicznej uwzględnić społeczny kontekst oraz kulturowe i społeczne różnice w definiowaniu choroby. [...] W interakcjonizmie symbolicznym wyróżnia się dwa modele reakcji społecznej na chorobę:

- model kryzysowy, w którym kryzys oznacza zmianę ról, a leczenie polega na podejmowaniu systematycznych prób powrotu do ich pełnienia,
- model negocjacji, opisuje stopniowy proces przyjmowania roli chorego, a stosunek lekarz – pacjent rozumiany jest jako strategiczne działanie dotyczące miejsca choroby w życiu jednostki i tego, co ją poprzedzało, a leczenie jako

⁸ Uramowska-Żyto B.: Socjologiczne koncepcje zdrowia i choroby [w] Wstęp do socjologii medycyny. Praca zbiorowa pod red. Ostrowskiej A.. Instytut Filozofii i Socjologii PAN. Warszawa 1990, s.82-83.

zetknięcie się ideologii pacjentów z normami funkcjonującymi w miejscach, w których leczy się chorobę. Z punktu widzenia pacjenta oznacza to przyjęcie kompromisu pomiędzy potrzebami indywidualnymi i biologicznym upośledzeniem a rzeczywistością fizyczną i społeczną reprezentowaną przez różne instytucje medyczne.

W obu tych modelach cechą wspólną jest traktowanie choroby jako wyniku zaistniałego procesu interpersonalnego – reakcji społecznej...”⁹

Z kolei orientacja fenomenologiczna koncentruje się wokół tego, co człowiek odczuwa i jaką postawę wobec tego przyjmuje, a przedstawiciele tego kierunku analizowali ludzkie doświadczenia związane ze zdrowiem i chorobą. Socjologia fenomenologiczna i jej koncepcje pomogły w analizowaniu ogromnego obszaru subiektywnej wiedzy medycznej, koncentrując się wokół subiektywnego znaczenia, jakie poszczególne jednostki przypisują zachowaniom związanym z utrzymaniem zdrowia oraz zapobieganiem chorobie [48]. Przedstawiciele nurtu fenomenologicznego (Schutz, Douglas, Manning, Fabrega) podjęli „...próby przedstawienia relacji pomiędzy „ja”, ciałem i społeczeństwem w odniesieniu do profesjonalnej oraz laickiej wiedzy dotyczącej poglądów na temat przyczyn chorób i sposobów ich leczenia. Koncepcje Schutza umożliwiają zrozumienie subiektywnych doświadczeń choroby, natomiast koncepcje Douglasa, Manninga, Fabrega pozwalają na zrozumienie zarówno profesjonalnej, jak i laickiej wiedzy dotyczącej zdrowia i choroby. Koncepcje te nawołują do zaakceptowania zdrowia i choroby w kontekście i za pomocą terminologii stosowanej przez „zwykłych” ludzi. Dzięki nim poznajemy subiektywne znaczenie doświadczeń związanych z chorobą i procesem leczenia. Ponadto wiedzę na ten temat uznano za istotny fragment wiedzy, którą ludzie tworzą dla siebie na podstawie kulturowych, historycznych oraz osobistych doświadczeń...”¹⁰

Przeciwstawienie socjologicznych koncepcji choroby koncepcjom medycznym znalazło swe odzwierciedlenie w badaniach nad zachowaniami w chorobie, w których obok kontekstu medycznego zaznacza się kontekst stratyfikacyjny, psychologiczny i instytucjonalny.

⁹ Uramowska-Żyto B.: Zdrowie i choroba w świetle wybranych teorii socjologicznych. Instytut Filozofii i Socjologii PAN. Warszawa 1992, s.120-122.

¹⁰ Uramowska-Żyto B.: Zdrowie i choroba w świetle wybranych teorii socjologicznych. Instytut Filozofii i Socjologii PAN. Warszawa 1992, s.148-149.

1.4. Zachowania w chorobie

Zachowania w chorobie wskazują na sposób, w jaki ludzie obserwując i kontrolując swój organizm, reagują na oznaki świadczące o nieprawidłowości w jego funkcjonowaniu, definiują i interpretują objawy chorobowe, chcąc im zapobiec szukają sami lub w swoim najbliższym otoczeniu pomocy, wreszcie podejmują lub nie decyzję o zgłoszeniu się do lekarza albo wybierają inne formy leczenia [62].

Mechanizmy zachowań w chorobie można również wyjaśnić poprzez odwołanie się do sposobu postrzegania i rozumienia choroby przez jednostkę oraz jej umiejętności przewidywania fizycznych i psychospołecznych konsekwencji zmian w stanie zdrowia, tym bardziej, że chory ocenia swoje zdrowie przede wszystkim pod kątem praktycznym, tzn. na ile pozwala mu ono na wypełnianie codziennych zadań i obowiązków. Wprawdzie chory może mieć na uwadze funkcjonowanie poszczególnych części swego organizmu, ale przede wszystkim postrzega swoje zdrowie poprzez samopoczucie oraz poprzez pryzmat bycia aktywnym członkiem swojego środowiska [62, 63, 64]. Zachowania w chorobie zależą także od takich czynników, jak wsparcie społeczne, społeczna sytuacja chorego, wyznaczająca zakres jego obowiązków (np. zawodowych, rodzinnych) oraz od społecznego znaczenia przypisanego danej chorobie.

Tobiasz-Adamczyk (2000) zaproponowała następujące elementy jako wyznaczniki zachowań w chorobie:

- percepcję objawów,
- ocenę zagrożeń, jakie niosą objawy,
- wiedza chorego na temat choroby,
- układ więzi społecznych, w których tkwi chory,
- uwarunkowania demograficzne (wiek, płeć) chorego,
- gotowość do szukania pomocy [45].

Z kolei Titkow sformułowała kilka twierdzeń dotyczących związków między położeniem społecznym jednostki a zachowaniem w chorobie:

1. Im niższa klasa społeczna, tym gorsze wejście w różne układy społeczne (źródła informacji, świadczenia socjalne), większa tolerancja objawów chorobowych i bardziej ograniczone korzystanie z instytucji medycznych.
2. Wymagania w zakresie opieki u ludzi żyjących w korzystnych warunkach są większe niż u ludzi znajdujących się w warunkach gorszych.

3. Im niższa klasa społeczna, tym mniejszy lęk przed chorobą, słabsza wiedza o profilaktyce z nią związanej i mniejsza liczba zaszczepionych dzieci.
4. Im wyższa klasa społeczna, tym większa podatność na oświatę zdrowotną i częstsze występowanie pozytywnych zachowań profilaktycznych.
5. Pozycja społeczna zajmowana przez jednostkę jest czynnikiem determinującym sposób dostania się do psychiatry (przedstawiciele klas wyższych rzadziej stykają się z psychiatrą w sposób drastyczny).
6. Sposób leczenia pacjentów psychiatrycznych jest powiązany z zajmowaną przez nich pozycją społeczną. Częściej stosuje się psychoterapię u pacjentów z klas wyższych i są oni krócej hospitalizowani [65].

Sposób postrzegania choroby zależy od liczby objawów, ich lokalizacji oraz widoczności, od stopnia niepełnosprawności fizycznej i społecznej wynikającego ze zmian w stanie zdrowia, a także od stresu związanego z tymi zmianami. Stawianie nieprofesjonalnych diagnoz może być dokonane przez osobę, u której pojawiły się objawy sugerujące chorobę lub przez osoby z jej otoczenia (rodzina, przyjaciele).

Health Belief Model (Becker, 1976) zakłada, iż występowanie objawów spełnia podwójną rolę: jest sygnałem pojawienia się zmian w stanie zdrowia oraz występowania napięcia emocjonalnego wynikającego z zaburzeń w stanie zdrowia. Konsekwencją pojawienia się niepokojących objawów jest pojawienie się dyskomfortu zarówno fizycznego, jak i psychicznego [45, 66].

Statystyczny Polak, kiedy zaczyna odczuwać jakieś dolegliwości zgłasza się do lekarza i zażywa przepisane mu leki (56%) lub leczy się domowymi sposobami (52%). Trochę mniej osób (45%) sięga po leki dostępne w aptece bez recepty, a 24% nie robi nic, czekając na ustąpienie dolegliwości. Jednak najczęstszym sposobem postępowania w przypadku pojawienia się dolegliwości jest stosowanie kilku metod równocześnie, tzn. korzystanie z zaleceń lekarskich, odwoływanie się do sposobów domowego leczenia i zażywanie leków dostępnych bez recepty. Do takiej strategii postępowania przyznaje się 38% Polaków. Jedynie 9% respondentów korzystało wyłącznie z porady lekarza [67]. Jednak badania prowadzone przez CBOS nie mówiły ściśle, o jaki rodzaj dolegliwości chodzi. Inne badania pokazały, że przeciętny Polak udaje się do lekarza w ostateczności (57,6% badanych) [68].

Możliwość porównań zachowań Polaków w tym zakresie dostarczyły dane uzyskane w latach 1976 i 1995 opracowane przez Ostrowską, wskazujące na wzrost częstości

modyfikowania „na własną rękę” zaleceń lekarza. Pacjentom częściej zdarzało się zmniejszać dawkę przepisanego leku, bez wiedzy lekarza, w obawie przed jego ubocznymi skutkami (odpowiednio 24,0% i 37,8%). Częściej stosowali dodatkowe leki nie przepisane przez lekarza (21,0% i 36,5%) lub w ogóle nie zażywali przepisanego im leku (13,0% i 21,7%). Przy czym, na co zwraca uwagę Autorka, ostatnia z przytoczonych modyfikacji zaleceń lekarza może być skutkiem wzrostu cen lekarstw pomiędzy 1976 a 1999 rokiem [57].

Badania przeprowadzone przez Wadsworth'a (1971) na grupie 1000 dorosłych pokazały, że aż 95% osób doświadczało niepokojących objawów w ciągu 14 dni poprzedzających wywiad, ale tylko jedna na pięć osób zgłosiła się z powodu tych objawów do lekarza. W badaniach prospektywnych prowadzonych przez Scambler'a i jego zespół (1981) kobiety w wieku od 16 do 44 lat przez 6 tygodni prowadziły „dziennik zdrowia”, w którym zapisywały wszystkie niepokojące zaburzenia w ich zdrowiu. Ostatecznie autorzy zaobserwowali, że na każde 18 epizodów niepokojących objawów przypadała tylko jedna konsultacja lekarska [69].

Jak wynika z badań wizyta u lekarza nie jest zatem najczęstszym wzorcem zachowania w sytuacji wystąpienia dolegliwości ze strony organizmu. Większość pacjentów udawała się po pomoc do lekarza dopiero wtedy, gdy dolegliwości stawały się zbyt uciążliwe i przeszkadzały w codziennym funkcjonowaniu.

O skorzystaniu z usług lekarza przesądza nie tylko sam fakt wystąpienia dolegliwości, ale decydują o tym również inne czynniki. Trzeba przy tym pamiętać, że zgłoszenie się do lekarza z powodu jakiegokolwiek objawu nie jest pożądane ponieważ żadna instytucja medyczna nie mogłaby wtedy funkcjonować z powodu zbyt dużej liczby pacjentów. Jednak pewne choroby, np. nowotwory, często rozwijają się, nie dając wyraźnych i dokuczliwych objawów, natomiast bardzo ważne dla efektywności ich leczenia jest jak najszybsze postawienie trafnej diagnozy.

Głównymi czynnikami, które różnicują reakcje chorych na pojawiające się objawy są: uwarunkowania środowiskowe, normy, jakie obowiązują w tym środowisku oraz cechy osobowości. Według Mechanica interpretacja przez chorego występujących objawów może mieć decydujący wpływ na dalszy przebieg procesu diagnozowania i leczenia [62, 70].

Czas, jaki upływa od momentu spostrzeżenia przez chorego lub jego otoczenie objawów chorobowych, do momentu podjęcia decyzji o szukaniu fachowej pomocy jest różny i zależy od następujących czynników:

- widoczności, rozpoznawalności objawów,
- stopnia, w jakim występujące objawy zakłócają życie rodzinne, pracę zawodową oraz inną aktywność społeczną chorych,
- oceny przez chorego obecnego i przyszłego niebezpieczeństwa związanego z występującymi objawami,
- częstotliwości pojawiania się niepokojących objawów, ich trwanie, powtarzalność,
- sposobów oceny tych objawów przez otoczenie,
- właściwej wiedzy na temat występujących objawów, kulturowo ukształtowanego wyobrażenia o przyczynach tych objawów oraz sposobów ich rozumienia,
- rodzajów potrzeb, których realizacja zmusza do opanowania objawów,
- potrzeb zdrowotnych chorego,
- właściwej interpretacji występujących symptomów, gdy zostały prawidłowo rozpoznane,
- zasobów medycznych, przewidywanych kosztów leczenia, dostępności do instytucji medycznych (odległość od miejsca zamieszkania), psychospołecznych kosztów podjęcia decyzji zgłoszenia się do lekarza (stigma, izolacja, uspokojenie) [71].

Ludzie wykazują zwykle dość stały, ukształtowany w procesie socjalizacji i wychowania, sposób reagowania na pojawiające się objawy chorobowe np. jedni zachowują stoicki spokój, podczas gdy inni nawet przy najdrobniejszych dolegliwościach udają się do lekarza. Kulturowe uwarunkowania reakcji na niepokojące objawy zostały bardzo dobrze przedstawione w licznych publikacjach np. pionierskie badania przeprowadzone w Nowym Yorku przez Zborowskiego (1952) pokazały uwarunkowane kulturowo różnice dotyczące postrzegania i reakcji na ból pomiędzy Amerykanami pochodzenia irlandzkiego i angielskiego, którzy na ból reagowali ze stoickim spokojem oraz tendencją do zamykania się w sobie, natomiast Amerykanie pochodzenia włoskiego i żydowskiego „obnosili się” ze swoim cierpieniem i domagali się uwagi ze strony otoczenia [69].

Rozpatrując problem zachowań w chorobie należy zwrócić uwagę na społeczno-kulturowe wyznaczniki podjęcia decyzji o szukaniu fachowej pomocy medycznej, dalszych losów chorego już w roli pacjenta oraz jego relacji z instytucjami medycznymi.

Wiedza laicka przeciętnych ludzi nie posiadających wykształcenia medycznego znacznie różni się od wiedzy profesjonalnej. Nie stanowi ona spójnej całości i może być wewnętrznie sprzeczna. Tworzą ją przekonania ludzi oparte na tradycji, obserwacjach i potocznym doświadczeniu. Określenie poziomu wiedzy medycznej chorych dotyczy zwykle obrazu własnej choroby i towarzyszących tym wyobrażeniom postaw i zachowań przejawianych w procesie leczenia. W szerszym ujęciu traktowana jest ona jako wyznacznik postaw i zachowań wobec różnych zjawisk zdrowotnych obserwowanych w odniesieniu do kulturowo odmiennych środowisk lub grup społecznych. Przedmiotem szczegółowych dociekań stają się zwykle takie zagadnienia, jak wyobrażenia o funkcjonowaniu zdrowego organizmu, dostępne medyczne definicje i poglądy na etiologię chorób, czy też przemiany kulturowe laików w odniesieniu do popularnego definiowania zdrowia i choroby [45].

Porównawcze badania Ostrowskiej odnoszące się do zachowań zaobserwowanych w latach 1995 i 1999 pokazały, że zachowania związane z poszukiwaniem pomocy w chorobie są silnie zdeterminowane kulturowo „...Wyższe wykształcenie, lepsza wiedza medyczna, a także przynależność do klasy średniej i charakterystyczna dla niej socjalizacja pomagają w kształtowaniu zachowań racjonalnych w stosunku do choroby...”.¹¹

Ponadto na wybór strategii postępowania istotny wpływ ma charakter objawów oraz ich dokuczliwość. Przyjęty przez chorego sposób postępowania w sytuacji choroby zależy także od najbliższego otoczenia - wiedzy, reakcji na chorobę, stopnia zależności od chorego udzielanego wsparcia socjalnego i psychicznego, związków z instytucjami medycznymi i jej pracownikami. Chory może wybrać strategię na przeczekanie, leczyć się samemu, szukać pomocy u przedstawiciela oficjalnej medycyny lub skorzystać z usług „medycyny alternatywnej” [45,71].

Interpretacja objawów umożliwia ich klasyfikację ze względu na zagrożenie dla zdrowia. W zależności od niej różnicuje się zarówno czas zwlekania z wizytą u lekarza, jak i podjęcie decyzji o sposobie leczenia.

Badania Tobiasz – Adameczyk dotyczące zachowań osób, u których rozpoznano raka jelita grubego i raka żołądka, pokazały, iż zgłaszały się one do lekarza dopiero po zaobserwowaniu objawów wyraźnie nietypowych, takich, jak: nagłe zatrzymanie gazów i

¹¹ Ostrowska A.: Relacja pacjent – lekarz: nowa jakość? Promocja zdrowia. Nauki społeczne i Medycyna, 2001, 21, s. 116.

stolca, smolisty stolec lub krew w stolcu, bóle w okolicy brzucha, biegunki, wymioty. Natomiast objawy takie, jak zgaga, nudności czy brak apetytu, nie były dla zdecydowanej większości badanych istotnym powodem zgłoszenia się do lekarza. Uznanie objawów za istotne różnicowało moment udania się do lekarza - ci, spośród chorych na raka jelita grubego, którzy zinterpretowali odczuwane dolegliwości jako niepokojące, szukali pomocy lekarskiej przeciętnie po 30 tygodniach. Natomiast ci, którzy uznali objawy za mało ważne, zwlekali przeciętnie 50 tygodni [71].

Wpływ na decyzję o zgłoszeniu się do lekarza miała także aktywność życiowa chorych - później szukały jej osoby aktywne, zajęte innymi jak twierdziły, sprawami. „... Osoby, które zwlekały z pójściem do lekarza, były w młodszym wieku, nieco więcej było wśród nich osób z wyższym wykształceniem, pozostających w związkach małżeńskich. Poinformowali oni lekarza o swoich dolegliwościach najczęściej przy okazji innej choroby. Równocześnie były to osoby o mniejszej liczbie odczuwanych objawów, które nie miały charakteru objawów uporczywych. Osoby te miały dwukrotnie dłuższy czas zwlekania z pójściem do lekarza, gdy uważały, że objawy są mało ważne (86,3 tygodni), i nie obawiały się poważnej choroby (84,5 tygodnia), były zaangażowane w inne sprawy (96,6 tygodni), wstydzily się swoich objawów (123,1 tygodni), obawiały się nieprzyjemnych doznań w trakcie badań specjalistycznych (103,5 tygodni)...”¹² Powyższe wyniki zwracają uwagę na jeszcze inny problem mający istotny wpływ na podejmowanie decyzji o zgłoszeniu się do lekarza, a mianowicie wstyd i obawę przed nieprzyjemnymi badaniami i zabiegami.

Jednym z najistotniejszych wyznaczników zachowań w chorobie są wyobrażenia samych chorych o przyczynach ich dolegliwości. Odzwierciedlają one potoczną wiedzę na temat przyczyn chorób, która nie zawsze pokrywa się z wiedzą profesjonalną prezentowaną przez współczesną medycynę. Rola jaką odgrywają potoczne wyobrażenia chorych o przyczynie ich dolegliwości nie zawsze jest doceniana w relacji lekarz – pacjent, jakkolwiek postawy wobec proponowanego leczenia, zachowania w trakcie postępowania terapeutycznego mogą być ich wyrazem.

Dotychczasowe badania nad potocznym zrozumieniem przyczyn choroby pozwalają na dokonanie pewnej klasyfikacji rodzajów wyjaśnień podanych przez chorych, dla wskazania źródeł odczuwanych dolegliwości:

¹² Tobiasz-Adamczyk B., Bajka J., Szafraniec K.: Zachowania w chorobie. Opis przebiegu choroby z perspektywy pacjenta. Kraków, 1999, s.90.

- choroba jako wynik upływu czasu, starzenia się – organizm zaczyna szwankować, a pojawienie się choroby jest wyrazem „zużycia się organizmu”,
- choroba jako wynik mechanicznych uszkodzeń organizmu,
- choroba jako zaburzenie równowagi systemu lub zachwianie relacji pomiędzy poszczególnymi elementami organizmu,
- choroba jako wyraz zaburzenia relacji pomiędzy jednostką a jej środowiskiem,
- choroba w wyniku przedostania się do organizmu czynników chorobotwórczych (wirusy, bakterie).

Wiele potocznych wyobrażeń o przyczynach choroby ma charakter irracjonalny i pozbawiony możliwości logicznego wyjaśnienia, mają one swój rodowód w wielu źródłach i ulegają zmianom w zależności od rozwoju choroby oraz różnych okoliczności, które jej towarzyszą [72].

Wyobrażenia o przyczynach chorób zwykle są odbiciem wierzeń i przekonań panujących w środowisku, z którego wywodzą się chorzy, a ponadto opierają się na indywidualnych doświadczeniach związanych z innymi chorobami oraz na powszechnie dostępnej wiedzy na temat zdrowia i choroby. Swoje wyobrażenia o chorobie jednostka czerpie z różnych źródeł. Mogą być to informacje otrzymane od lekarzy lub innych pracowników służby zdrowia, wiadomości uzyskane od członków rodziny, znajomych, z prac popularnonaukowych, radia, telewizji, czy Internetu. Dużą rolę w kształtowaniu się obrazu choroby odgrywają spostrzeżenia dotyczące osób chorych oraz podobne do aktualnych objawy chorobowe, które występowały u człowieka chorego w przeszłości [73].

Potoczne wyobrażenia o przyczynie choroby nie zawsze pokrywają się z oficjalnym stanowiskiem reprezentowanym przez naukową medycynę, ale liczne badania potwierdzają fakt, że w wielu niegroźnych i powszechnie występujących schorzeniach wyobrażenia o przyczynach i rokowaniach, prezentowane przez laików, pokrywają się z wiedzą i perspektywą myślenia lekarzy. Często również sami lekarze chcąc nawiązać kontakt z chorym i bardziej przybliżyć mu obraz choroby, odwołują się do tych potocznych wyobrażeń [71].

Furnham (1994, za Rogers) przytacza odmienne sposoby postrzegania choroby, odwołując się do różnych przekonań o przyczynach jej powstawania:

1. podejście do organizmu jak do maszyny, a do choroby jako defektu w jej funkcjonowaniu (w tym ujęciu każda choroba może zostać wyleczona przy użyciu nowoczesnych metod terapeutycznych),

2. organizm jako przedmiot ataku i narażenia na wpływy czynników chorobotwórczych i stresów (stresy związane z aktywnością społeczną mogą atakować zarówno sferę psychiczną jak i fizyczną ludzkiego organizmu),
3. choroba jako wynik nierówności społecznych z powodu niejednakowego dostępu do świadczeń medycznych tych, którzy ich aktualnie potrzebują,
4. choroba jako wynik kulturowych uwarunkowań,
5. choroba jako wynik nie zaakceptowania prozdrowotnego stylu życia, którego celem jest utrzymanie dobrego zdrowia i zapobiegania chorobom,
6. jako konsekwencja prawa do satysfakcji z życia, wolności, gdy styl życia jest wyborem dokonany przez jednostkę bez względu na myślenie o etiologii chorób z nim związanych,
7. choroba jako wynik oddziaływania mocy Boga – kiedy zdrowie jest potwierdzeniem życia bez grzechu, a choroba jest karą za grzechy (lub ujawnieniem grzechów). Zdrowie jest wyrazem boskiej opieki, odzwierciedleniem duchowego stanu jednostki [71].

Kolejnym czynnikiem decydującym o reakcjach osób na pojawiające się objawy chorobowe jest stres. Twórcą pierwszej teorii stresu był H. Selye (1936). Użył on po raz pierwszy słowa stres, który zdefiniował z punktu widzenia biologii i fizjologii jako „nieswoistą reakcję organizmu na wszelkie stawiane mu żądanie” [74]. Koncepcja Selye’a wzbudziła zainteresowanie i zaowocowała powstaniem kilku teorii stresu psychologicznego.

Heszen - Niejodek przedstawiła stres jako:

1. bodziec, sytuację lub wydarzenie zewnętrzne o określonych właściwościach,
2. reakcje wewnętrzne człowieka, zwłaszcza reakcje emocjonalne, doświadczane wewnętrznie w postaci określonego przeżycia,
3. relację między czynnikami zewnętrznymi, a właściwościami człowieka [75].

Lazarus zdefiniował pojęcie stresu „...jako określoną relację między osobą a otoczeniem, która oceniana jest przez osobę jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby i zagrażające jej dobrostanowi...” [76]. Stres pojawia się wówczas, gdy dana jednostka konfrontuje się z wyzwaniami stawianymi jej przez środowisko, a które przekraczają jej możliwości adaptacyjne. Jeżeli stres jest krótkotrwały to nie powoduje większych szkód. Natomiast niebezpieczeństwo stanowi stres przewlekły, któremu dana

jednostka nie jest w stanie sprostać przez dłuższy czas. Stres chroniczny może doprowadzić do aktów przemocy, samobójstw, zawałów, może być również jednym z czynników odgrywających istotną rolę w etiologii chorób nowotworowych [77].

Socjologiczne wyjaśnienia dotyczące reakcji jednostki na stres koncentrują się na rozpoznaniu społecznych czynników, związanych z zaistnieniem rozmaitych procesów społecznych, z konfliktami norm i wartości, interakcjami międzyludzkimi, które stawiają przed jednostką wyzwania, którym nie może ona sprostać, co doprowadza do powstania przewlekłych napięć i niepokojów wymagających od jednostki dużych zmian adaptacyjnych [78].

Stres powoduje stan napięcia emocjonalnego, który uruchamia w organizmie procesy neurofizjologiczne, endokrynologiczne i immunologiczne wpływające zarówno na samopoczucie fizyczne, jak i psychiczne danej jednostki [79]. Stres oznacza napięcie, a „...stałe napięcie może (i często tak się dzieje) spowodować szybkie zużycie aparatu fizjologicznego i psychicznego człowieka, kiedy tak się stanie, nagle i „bez powodu” zdrowie człowieka załamuje się...” [80]. Obecnie uważa się, że 50-80% chorób powstaje m.in. w wyniku oddziaływania stresu. Wśród zdrowotnych konsekwencji długotrwałe utrzymującego się stresu psychospołecznego wymienia się m.in. astmę, brak miesiączki, ból w klatce piersiowej, chorobę wieńcową serca, biegunkę, omdlenia i zawroty głowy, niestrawność, bóle głowy i migrenę, nerwice, bezsenność, zaburzenia psychosomatyczne i owrzodzenia błony śluzowej przewodu pokarmowego [81].

Styl radzenia sobie ze stresem jest indywidualną dyspozycją determinującą zachowanie się człowieka w sytuacji stresowej. Umiejętność radzenia sobie ze stresem oznacza zastosowanie odpowiedniego wzoru zachowania w sytuacji stresowej.

Z badań przeprowadzonych przez IF i S PAN wynika, że „...najczęściej wymienianymi sposobami łagodzenia stresu czy zdenerwowania jest poszukiwanie wsparcia i zrozumienia u bliskiej osoby (41,8%), sięgnięcie po papierosa (30,2%), modlitwa (22,0%)...”. 10% badanych przyznaje się do sięgania po środki uspokajające codziennie lub kilka razy w tygodniu. Wyniki te mają częściowo wydźwięk optymistyczny, wskazują bowiem, że najczęstszym sposobem radzenia sobie ze stresem było szukanie wsparcia innych osób, czyli zachowanie wskazane przez teoretyków i badaczy problemów zdrowia. Uznaje się istnienie wsparcia społecznego za jeden z czynników chroniących zdrowie [68].

W prospektywnych badaniach przeprowadzonych niezależnie w USA, Finlandii i Szwecji stwierdzono, iż ma miejsce silna zależność między aktywnością społeczną,

mierzoną liczbą bliskich społeczno - emocjonalnych kontaktów a zachorowalnością na niedokrwienną chorobę serca, przedwczesną umieralność z powodu tej choroby, jak i z umieralnością ogólną. Zależność ta dotyczyła tak mężczyzn, jak i kobiet. „... W przypadku osób, które utrzymywały małą liczbę kontaktów, przedwczesna umieralność spowodowana chorobą niedokrwienną serca, jak i umieralność ogólna, była 2-3 krotnie wyższa aniżeli wśród osób, które charakteryzowały się znaczną liczbą wspomnianych kontaktów. Przy czym siła tego predyktora, jak stwierdzono w jednym z badań, była tak duża, jak predyktorów klinicznych...” [82].

Najpowszechniej przyjmowana definicja radzenia sobie ze stresem opracowana przez Lazarusa i Folkmana (1984) brzmi następująco: „...jest to ciągle zmieniający się wysiłek poznawczy i behawioralny, skierowany na specyficzne wymagania zewnętrzne i/lub wewnętrzne, które oceniane są jako obciążające bądź przekraczające możliwości człowieka...”. Ich zdaniem różne sposoby radzenia sobie ze stresem pełnią dwie zasadnicze funkcje. Po pierwsze, służą one zmianie sytuacji na lepsze, albo poprzez zmianę własnego zachowania, albo poprzez zmianę otoczenia. Druga funkcja polega na opanowywaniu emocji w taki sposób, aby nie wymknęły się spod kontroli i nie załamały odporności psychicznej ani też nie utrudniły relacji, kontaktów z innymi ludźmi [83].

Radzenie sobie jest podstawowym procesem adaptacyjnym. Jeżeli osoba w pierwotnej ocenie uzna sytuację za stresową, to uruchomiony zostaje proces zaradczy. Jego przebieg zależy głównie od oceny wtórnej zagrożenia, kiedy to osoba dokonuje oszacowania, co może uczynić, by sprostać wymaganiom sytuacji. Radzenie sobie obejmuje czynności poznawcze i behawioralne, ukierunkowane na zmianę własnej sytuacji na lepszą. Można to uzyskać w wyniku zmiany własnego, zaburzonego wskutek stresu działania (skoncentrowanie się na sobie), poprzez zmianę zagrażającego otoczenia, bądź poprzez regulację własnych emocji (samouspokojenie). Funkcje te mogą się wzajemnie uzupełniać (jeżeli człowiek ma jeszcze siły) albo wchodzić w konflikt – unikając przykrych myśli, można zaniechać działań usuwających zagrożenie [84].

Lazarus (1984) wyróżnił cztery strategie zaradcze: poszukiwanie informacji, bezpośrednie działanie, powstrzymywanie się od działania, procesy intrapsychiczne [85].

Kolejna koncepcja radzenia sobie ze stresem to koncepcja salutogenetyczna Antonovsky’ego, która zakłada, że brak homeostazy i uporządkowania jest stanem normalnym dla ludzkiego organizmu. Antonovsky zaproponował kontinuum zdrowia - choroby, odnoszące się zarówno do sfery fizycznej, jak i psychicznej. Duże znaczenie

przywiązywał on do tzw. zasobów odpornościowych człowieka, które definiował jako wszelkie - fizyczne (odporność), materialne (pieniądze), poznawcze i emocjonalne (wiedza, intelekt, osobowość), postawy i relacje interpersonalne, umożliwiające skuteczne przezwyciężanie lub unikanie różnych stresorów. Wspólnym czynnikiem ułatwiającym utrzymanie zdrowia jest poczucie koherencji, rozumiane jako określony sposób postrzegania świata. Poczucie koherencji jest tym silniejsze, im większe są ogólne zasoby odpornościowe wpływające na spójne i korzystne doświadczenie życiowe [86].

Podstawowe twierdzenia opisujące model salutogenetyczny można przedstawić następująco: wzorce wychowawcze, role społeczne i inne czynniki specyficzne determinują ogólne rezerwy odpornościowe jednostki; ogólne rezerwy odpornościowe jednostki dostarczają jej spójnych, sensownych i znaczących doświadczeń życiowych; poczucie koherencji jest kształtowane przez doświadczenie życiowe; czynniki stresujące wywołują u człowieka stan napięcia; silne poczucie koherencji powoduje, że w razie potrzeby jednostka mobilizuje ogólne rezerwy odpornościowe; zmobilizowane ogólne rezerwy odpornościowe nie dopuszczają do stresu; skuteczne opanowanie stresu pozwala jednostce podążać w kierunku zdrowia [87].

Oryginalna definicja poczucia koherencji Antonovsky'ego brzmi: „...jest to globalna orientacja człowieka, wyrażająca stopień, w jakim człowiek ten ma dojmujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że (I) bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturyzowany, przewidywalny i wytłumaczalny; (II) dostępne są zasoby, które pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce; (III) wymagania te są wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania...”¹³

Na wspomniane wyżej poczucie koherencji składa się:

1. poczucie zrozumiałości, oznaczające stopień, w jakim człowiek postrzega bodźce jako sensowne poznawczo, informacje spójne, ustrukturyzowane, jasne, uporządkowane,
2. poczucie zaradności, rozumiane jako stopień, w jakim człowiek postrzega dostępne zasoby jako wystarczające, aby sprostać wymogom stawianym przez pojawiające się bodźce,

¹³ Antonovsky A.: The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promotion International 1996, 11, s. 15.

3. poczucie sensowności, rozumiane jako stopień, w jaki człowiek czuje, że życie ma sens a wymagania, jakie niesie życie warte są wysiłku, poświęcenia i zaangażowania.

Trzeci wymiar, poczucie sensowności, uważany jest przez autora koncepcji za najważniejszy, bo przyczyniający się do trwałości dwóch poprzednich wymiarów. Można by nazwać je (w dużym uproszczeniu) poczuciem sensu życia, przekonaniem, że jest o co walczyć, dla kogo żyć. Zmienna ta motywuje do podejmowania aktywności i wytrwałości w dążeniu do celów, pomimo przeszkód [⁸⁸, ⁸⁹].

Wsparcie społeczne odgrywa istotną rolę w ograniczaniu konsekwencji choroby i jest cennym źródłem zasobów, które mogą być użyte w procesie radzenia sobie z sytuacjami trudnymi, będącymi następstwem choroby. Wsparcie społeczne jest różnie definiowane. Uważa się je za pomoc dostępną dla jednostki w sytuacjach trudnych, zasoby dostarczane jednostce przez interakcję z innymi ludźmi, konsekwencje przynależności człowieka do społeczeństwa, zaspokojenie potrzeb w trudnych sytuacjach przez osoby znaczące i grupy odniesienia [⁹⁰].

Wsparcie społeczne jest wielowymiarową konstrukcją, na którą składa się m. in. wsparcie emocjonalne, oceniające, instrumentalne, informacyjne i towarzyskie.

Badacze problemu opisują dwa modele wsparcia: model efektu głównego i efektu buforowego. Model efektu głównego koncentruje się na podstawowych więziach, relacjach i sieciach społecznych. Te aspekty wsparcia społecznego opisywane są niekiedy jako struktura wsparcia społecznego. Obejmuje ona takie czynniki, jak stan cywilny, role społeczne, praktyki religijne i przynależność do organizacji. Zgodnie z modelem efektu głównego przynależność taka, sama w sobie wzmacnia

dobrostan człowieka, niezależnie od tego, jak wysoki jest poziom doznawanego przez niego stresu. Kontakty społeczne dostarczają pozytywnych doświadczeń oraz poczucia, że życie jest przewidywalne i stabilne. Wydaje się, że wzmacniają również poczucie bezpieczeństwa. W klasycznym badaniu epidemiologicznym Berkman i Syme (za: Sheridan, Radmacher, 1998) stwierdzili zależność między więziami społecznymi a umieralnością. Miarami były: stan cywilny, kontakty z bliskimi przyjaciółmi i krewnymi, przynależność do kościoła oraz związki z grupami nieformalnymi i formalnymi. Okazało się, że niezależnie od płci i wieku, ludzie, którzy mieli wiele kontaktów społecznych, wykazywali najniższe wskaźniki umieralności, natomiast mający najmniej kontaktów - najwyższe. Okazało się również, że wśród wyróżnionych czynników największy wpływ na

zmniejszenie umieralności miał stan cywilny (małżeństwo) oraz kontakty z przyjaciółmi i rodziną. Wyniki te są interesujące również dlatego, że autorzy nie kontrolowali jakości badanych więzi społecznych (nie każdy, kto jest w związku małżeńskim subiektywnie odczuwa wsparcie) [⁹¹].

Inne badania udowodniły, że pozostawanie w związku małżeńskim (lub innym bliskim związku) jest czynnikiem chroniącym mężczyzn przed przedwczesną śmiercią. Podobnie - mężczyźni, których żony często odwiedzały po zabiegu kardiochirurgicznym najszybciej dochodzili do zdrowia i to niezależnie od atmosfery panującej w małżeństwie [⁹²].

Model buforowy wsparcia społecznego koncentruje się z kolei na tych aspektach wsparcia, które pełnią rolę „bufora” chroniącego przed negatywnymi skutkami stresu. Zwolennicy tego modelu uważają, że w sytuacji trudnej, krytycznej istnienie i spostrzeganie wsparcia społecznego działa jak „bufor”, powodując obniżenie napięcia i zagrożenia patologią. Buforowy wpływ wsparcia polega również na zmianie oceny dotyczących własnych kompetencji, zwiększeniu wglądu we własne możliwości, wzroście poczucia własnej skuteczności. Buforującą rolę wsparcia społecznego wykazano w licznych badaniach. Longis i wsp. (za: Bishop, 2000) zmierzyła wpływ codziennych kłopotów, wsparcia społecznego i poczucia własnej wartości na poziom objawów fizjologicznych i psychologicznych w grupie 75 par małżeńskich. Wpływ stresu na zdrowie zależał głównie od wsparcia społecznego i poziomu własnej wartości. Badani, którzy zgłaszali brak wsparcia w związku oraz posiadali niskie poczucie własnej wartości wykazywali większą liczbę niekorzystnych objawów fizjologicznych i psychologicznych w sytuacjach stresowych [⁹³].

Źródła wsparcia dzieli się zwykle na rodzinne (mąż, żona, dzieci, rodzice, rodzeństwo i dalsi krewni), przyjacielskie i towarzyskie oraz sąsiedzkie. Ponadto wyróżnia się także współpracowników lub przełożonych, grupy wyznaniowe, towarzystwa lub instytucje, osoby profesjonalnie przygotowane do udzielenia pomocy (terapeuci, lekarze itp.) oraz grupy samopomocy.

Analizując zmienne wyjaśniające samopoczucie psychiczne Polaków Ostrowska stwierdziła, iż spośród osób/grup udzielających wsparcia społecznego widać stosunkowo największą rolę przyjaciół i nieco mniejszą członków rodziny. Jeszcze mniejszy wpływ na samopoczucie psychiczne i zadowolenie z życia miał fakt pozostawania w związku małżeńskim. Widoczną rolę odegrało również oparcie w Bogu i wartościach czerpanych

z religii. Autorkę zastanowił fakt, iż w analizowanym układzie relacji rodzina i małżeństwo – jako źródło wsparcia - znajdowały się na nieco dalszych pozycjach aniżeli przyjaciele czy opatrność boska; taką hierarchię źródeł wsparcia potwierdziły również inne badania prowadzone w Polsce [78].

Thoits (1995) w swoich badaniach wykazał, że w przypadku problemów emocjonalnych związanych z sytuacjami krytycznymi w sferze rodzinnej, zwłaszcza o charakterze straty i przeżywania żałoby po utracie dziecka, najważniejszą rolę odgrywa małżonek, przyjaciele i profesjonaliści związani z chorobą i opieką nad dzieckiem [⁹⁴].

Dla rodzin opiekujących się osobami terminalnie chorymi bardzo ważnymi osobami udzielającymi im wsparcia, obok członków rodziny, były przede wszystkim pielęgniarki pracujące na oddziałach opieki paliatywnej, lekarze i duchowni. Tylko w kilku przypadkach wymieniono psychologa i przyjaciół [⁹⁵].

W oparciu o analizę problemów i stresów pojawiających się u osób po zawale mięśnia sercowego wskazano koncepcję oraz rodzaje skutecznego dla strategii walki z chorobą źródła wsparcia społecznego, na które składały się: wsparcie psychospołeczne (rady, opieka, wsparcie moralne i uznanie ze strony rodziny, przyjaciół, krewnych, sąsiadów); informacje o przyczynie, przebiegu i leczeniu choroby oraz wsparcie medyczne i społeczne; praktyczna pomoc, która ułatwia pacjentowi zrozumienie sytuacji, w jakiej się znalazł; pomoc w nauczaniu się i praktycznej realizacji strategii radzenia sobie z chorobą [⁹⁶, ⁹⁷].

Na zachowania w chorobie wpływa również dostępność (finansowa, przestrzenna, społeczna) do określonych usług medycznych.

Od lipca 1999 r. do stycznia 2000 r. w 34% gospodarstwach domowych przynajmniej jedna osoba musiała zrezygnować z powodu braku pieniędzy z jakichś świadczeń zdrowotnych, najczęściej były to leki lub inne środki zalecane przez lekarza [⁹⁸].

Na opinie o funkcjonowaniu i jakości opieki zdrowotnej wpływają w dużej mierze osobiste doświadczenia ludzi. Badania CBOS (2004) roku pokazały, że ze świadczeń medycznych – ze względu na stan zdrowia własny lub dziecka, skorzystało w ciągu sześciu miesięcy poprzedzających sondaż (od marca do września 2004) 82% ankietowanych. Badani korzystali ze świadczeń głównie w ramach ubezpieczenia zdrowotnego (ogółem 77%), w tym z porad lekarza ogólnego skorzystało 67% ankietowanych (wielokrotnie – 50%), lekarza specjalisty - 41% (wielokrotnie – 27%) oraz z badań diagnostycznych (33%).

Z prywatnych usług medycznych (odpłatnie) w analizowanym okresie skorzystała jedna trzecia ogółu ankietowanych (33%). Większość osób leczących się w placówkach prywatnych (84% tj. 28% ogółu) korzystała także ze świadczeń w ramach ubezpieczenia.

W tym czasie tylko 5% Polaków leczyło się wyłącznie prywatnie. Korzystanie z usług prywatnych często wiązało się z przeświadczeniem, że są one lepszej jakości niż te, które można było uzyskać w ramach ubezpieczenia. Im wyższy był poziom wykształcenia ankietowanych i lepsza sytuacja materialna, tym częstsze były deklaracje o korzystaniu z usług prywatnych. Najwięcej osób płacących za leczenie było wśród przedstawicieli kadry kierowniczej i inteligencji oraz pracujących na własny rachunek poza rolnictwem.

Od marca do września 2004 Polacy najczęściej korzystali tylko ze świadczeń oferowanych przez publiczne przychodnie i placówki (46%), ale blisko 1/4 Polaków (23%) leczyła się w ramach ubezpieczenia zarówno w zakładach publicznych, jak i niepublicznych. Zarówno z placówek publicznych, jak i niepublicznych częściej korzystali mieszkańcy miast, zwłaszcza dużych, a tylko z niepublicznych – najczęściej mieszkańcy małych miast.

W analizowanym okresie nieco mniej pacjentów niż w roku 2003 (17% wobec 20% poprzednio) zgłaszało kłopoty lub trudności z uzyskaniem porady i pomocy lekarskiej bądź innych świadczeń medycznych w ramach ubezpieczenia. Im ankietowani byli lepiej wykształceni tym częściej sygnalizowali kłopoty lub trudności w uzyskaniu pomocy lekarskiej (od 10% wskazań wśród osób z wykształceniem podstawowym do 27% z wykształceniem wyższym). Na tego typu trudności również częściej skarżyli się mieszkańcy dużych miast (28%), przedstawiciele kadry kierowniczej i inteligencji (33%). Do trudności i kłopotów, jakich doświadczali pacjenci najczęściej zaliczano: bardzo długi czas oczekiwania na wizytę, odległe terminy, problemy z uzyskaniem skierowania do specjalisty.

Wielu pacjentów skarżyło się na niewłaściwe, złe traktowanie przez lekarzy, długie kolejki i trudności z uzyskaniem porady lekarza pierwszego kontaktu oraz stomatologa. Co dziesiąty pacjent mówił o konieczności dodatkowych opłat w placówkach publicznych. Dość częste były także skargi na złe diagnozy i leczenie [⁹⁹].

Tymowska (2005) stwierdziła, iż odsetek gospodarstw domowych korzystających z usług lekarza pierwszego kontaktu i specjalistów w okresie ostatnich trzech miesięcy poprzedzających badanie był dość wysoki: 83% gospodarstw miało w tym czasie kontakt z lekarzami w publicznych placówkach, a 24% w placówkach prywatnych. W 2005 roku

co jedenaste gospodarstwo domowe zmieniło swojego lekarza, ale tylko co siódme wśród rolników i rencistów. Częściej lekarza zmieniały gospodarstwa domowe zamieszkujące aglomeracje i duże miasta. Wśród najważniejszych powodów zmiany lekarza znalazły się: lepsze traktowanie pacjenta przez nowego lekarza, przestrzenna bliskość dostępu, odejście poprzedniego lekarza z wybranej placówki oraz zmniejszenie czasowych barier dostępu do lekarza. Natomiast największy wpływ na wybór lekarza specjalisty miały: bliskość miejsca zamieszkania, zapewnienie ciągłości opieki, informacje o dobrej jakości pracy danego specjalisty oraz sugestie lekarza wystawiającego skierowanie do specjalisty. Na bliskość i ciągłość opieki wskazywały częściej niż inne gospodarstwa mieszkające na wsi, renciści i gospodarstwa wieloosobowe. Na znaczenie opinii o dobrej pracy lekarza najczęściej wskazywały gospodarstwa pracujące na własny rachunek i mieszkające w średniej wielkości miastach. Wśród korzystających z ambulatoryjnej opieki lekarskiej w połowie gospodarstw uzyskano skierowanie na diagnostykę. Jeżeli nie uzyskano takiego skierowania, mimo iż tego oczekiwano, lekarze w 8% informowali, że dane badanie diagnostyczne nie było konieczne, w 7% lekarze odmówili tłumacząc się brakiem środków finansowych na zlecenie badania, a w 5% lekarze nie wyjaśnili swojego postępowania. Jednocześnie prawie 1/4 badanych gospodarstw nie zetknęła się z odmową skierowania na badania. Najważniejszymi kryteriami wyboru szpitala przez gospodarstwa domowe w Polsce były: sugestie lekarza wystawiającego skierowanie do szpitala – odpowiedziała tak blisko połowa ankietowanych, bliskość szpitala od miejsca zamieszkania – wskazała tak prawie 1/3 respondentów. Na wybór placówki leczniczej nie wpływało kryterium czasu oczekiwania na przyjęcie do szpitala [100].

Zachowania w chorobie nabierają szczególnego znaczenia, zwłaszcza wtedy, gdy mówimy o chorobie nowotworowej. Podejrzenie choroby nowotworowej jest dla chorego sytuacją ogromnie stresującą, a stres związany z tą chorobą może wywołać zachowania, które w konsekwencji zdeterminują przebieg choroby.

1.5. Zachowania w chorobie nowotworowej

Sytuacja pacjenta, u którego rozpoznano chorobę nowotworową jest sytuacją naznaczoną pojawieniem się dużego stresu psychicznego, przy czym stres ten jest różny w zależności od stadium choroby. W przebiegu choroby nowotworowej wyodrębnia się przeważnie trzy okresy:

1. okres wstępny (od chwili zauważenia objawów do momentu postawienia rozpoznania),
2. okres przewlekły (rozwoju choroby i jej leczenia),
3. okres terminalny.

Okres wstępny - diagnostyczny - choroby nowotworowej charakteryzuje się stanem dużego zakłócenia równowagi psychicznej, spowodowanym poczuciem zagrożenia, niepewnością co do dalszego losu i prawdopodobieństwem złego rokowania co do przyszłości pacjenta [101]. Ten pierwszy okres rozciąga się od momentu spostrzeżenia pierwszych objawów choroby, poprzez pierwszą wizytę u lekarza związaną z tymi objawami, aż do postawienia diagnozy choroby nowotworowej. Czas trwania tego okresu wyznaczają różne czynniki. Wśród nich ważną rolę przypisać należy zjawisku zwlekania, za co odpowiedzialność ponosi zarówno pacjent, jak i lekarz [102].

Zaobserwowanie pojawienia się u siebie objawów choroby wiąże się z ich interpretacją i oceną, zanim jeszcze zostanie podjęta decyzja o zgłoszeniu się do lekarza. Zwykle pacjenci zwlekają z wizytą u lekarza i sami obserwują objawy, które – w przypadku objawów związanych z chorobą nowotworową - nie są zwykle na tyle uciążliwe, aby zmuszały chorego do natychmiastowej wizyty. Proces rozpoznawania przez chorych choroby nowotworowej przebiega następująco: zaobserwowanie niepokojących symptomów, podejrzenie choroby, podjęcie decyzji o szukaniu pomocy, wizyta u lekarza domowego [103].

Z reguły to pacjent pierwszy powinien rozpoznać u siebie obecność objawów choroby na podstawie zmian w swoim stanie zdrowia oraz ocenić potrzebę pomocy medycznej. Jednak ludzie różnią się między sobą wiedzą na temat objawów oraz oceną stopnia ich zagrożenia. Wiedza dotycząca znajomości objawów sugerujących chorobę nowotworową jest wciąż niedostateczna. Chojnacka – Szablowska (1998) w swoich badaniach stwierdziła, iż ponad połowa ankietowanych nie potrafiła wymienić nawet jednego objawu, natomiast jedna trzecia wymieniła tylko jeden zasadniczy objaw choroby nowotworowej. Znacznie lepszą wiedzą na temat objawów choroby nowotworowej wykazały się kobiety. Podobnie, nieco wyższa była znajomość tych objawów wśród osób podejrzanych o raka, chociaż także w tej grupie co piąty badany nie potrafił wymienić ani jednego symptomu charakterystycznego dla choroby nowotworowej [104].

American Cancer Society wyodrębniło siedem głównych objawów ostrzegających przed rakiem. Są to m.in. zmiany w wypróżnianiu lub pojawienie się krwi w stolcu, trudno

gojące się rany, zgrubienia lub inne zmiany w obrębie piersi, trudności w połykaniu, widoczne zmiany w wyglądzie znamion, brodawek oraz dokuczliwy kaszel lub chrypka.

Badania przeprowadzone w Ameryce na temat wiedzy o chorobach nowotworowych pokazały, że większość dorosłych Amerykanów nie potrafiło prawidłowo rozpoznać i ocenić objawów raka. Większość osób prezentowała postawę, że „to o czym się nie wie, nie zrani cię”. Kiedy sygnały były rozpoznawane jako niepokojące, odpowiedzią na nie były różnorodne zachowania takie, jak: ignorowanie, zaprzeczanie lub pomniejszanie objawów, konsultacje z członkami rodziny i przyjaciółmi w celu upewnienia się co do zasadności obaw, wybór samoleczenia lub szukanie natychmiastowej pomocy u lekarza lub przedstawicieli medycyny niekonwencjonalnej [105, 106].

Wiedza na temat chorób nowotworowych zależy od wielu uwarunkowań społeczno - kulturowych m.in. od rasy, wieku, wykształcenia. Nooijer wraz ze współpracownikami (2003) stwierdzili, że ludzie, którzy zwracali uwagę na objawy charakterystyczne dla choroby nowotworowej wykazywali się lepszą wiedzą, znajomością takich objawów i dostrzegali więcej korzyści wypływających z ich znajomości, przy czym istotnie częściej były to kobiety z wyższym wykształceniem, o wysokim dochodzie [107].

Lepszą wiedzą na temat objawów mogących sugerować chorobę nowotworową wykazali się także ci spośród badanych, którzy z racji narażenia na określone czynniki np. w miejscu pracy mogli oczekiwać prawdopodobieństwa zachorowania na raka. Podobnie osoby, które chorowały na chorobę nowotworową lub wystąpiła ona u kogoś z ich rodziny, wykazywały się większą wiedzą z tego zakresu. Wiele spośród badanych osób nie chciało poszerzać swojej wiedzy na temat rozpoznawania objawów choroby nowotworowej, metod ich zapobiegania co silnie wiązało się ze strachem przed zachorowaniem na raka [105, 108].

Podobnie, jak w innych społeczeństwach, także w Polsce choroba nowotworowa budzi ogromny lęk, a człowiek z rozpoznaniem „rak” czuje się napiętnowany i izolowany społecznie. Mit ten jest rozbudowany przez wiele wyobrażeń i opowieści nie zawsze pokrywających się z rzeczywistością, ale za to naładowanych ogromnymi treściami emocjonalnymi. Dlatego też pierwszy okres choroby charakteryzuje się wybuchem silnych uczuć, głównie wywołanych przewidywaniem potwierdzenia złej diagnozy i możliwością utraty wielu dotychczas posiadanych wartości. Towarzyszy temu zwykle silna koncentracja myśli, uwagi i wyobraźni wokół problemu choroby, trudności w skupieniu uwagi, pobudzenie psychoruchowe, czynnościowe zaburzenia pamięci. W rezultacie prowadzi to do dezorganizacji życia codziennego oraz pracy. Tylko niewielka grupa osób

zachowuje równowagę psychiczną i zdolność do sprawnego działania, tłumiąc lęk nadzieją na pomyślny wynik diagnozy.

Reakcja na możliwość zachorowania na raka zależy od kilku czynników:

1. od ogólnego obrazu choroby, wykreowanego zwykle z informacji zawartych w popularnych publikacjach, programach radiowych i telewizyjnych, w rozmowach ze znajomymi oraz na podstawie własnych wyobrażeń i dotychczasowych doświadczeń np. poprzez kontakt z osobą chorą a raka,
2. od ogólnego obrazu służby zdrowia, jej możliwości diagnostycznych i terapeutycznych,
3. od indywidualnych reakcji emocjonalnych, wynikających zarówno z wrodzonych skłonności do pesymizmu lub optymizmu, lękliwości lub odwagi, jak również z nabytych w ciągu życia, wypracowanych sposobów indywidualnego radzenia sobie ze stresem [¹⁰⁹, ¹¹⁰].

W okresie tym ogromnie ważny jest jak najwcześniejszy kontakt z lekarzem, z czym w praktyce bywa niestety nie najlepiej. Zależy to od interpretacji pojawiających się objawów np.: lekceważenia („mało ważny jest ten mały guzek lub krwawienie”), wyolbrzymienia („i tak już za późno, choroba jest nieuleczalna, nie ma po co chodzić do lekarza”), opóźniania („mam ważne sprawy do załatwienia, nie mam czasu na wizytę u lekarza”).

Najczęściej u podłoża tej decyzji leży podświadomy lęk przed rozpoznaniem, nieprzyjemnymi badaniami itp.

Liczne badania przeprowadzone celem wykrycia przyczyn odmowy wzięcia udziału w badaniach przesiewowych zmierzających do wczesnego wykrycia zmian nowotworowych np. kolonoskopia, test na obecność krwi w stolcu pokazały, iż najpowszechniejszymi przyczynami odmowy uczestnictwa w tego typu programach był: brak świadomości odnośnie wysokiego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego, brak zainteresowania takimi badaniami, nieprzyjemna forma badania, brak występowania jakichkolwiek problemów ze strony przewodu pokarmowego lub nie zaobserwowanie niepokojących objawów, a także strach przed dalszymi badaniami oraz ewentualną interwencją chirurgiczną [¹¹¹, ¹¹², ¹¹³].

Vernon podsumowując wyniki swoich badań nad przyczynami odmowy wzięcia udziału w badaniu przesiewowym, jakim była kolonoskopia, określił cztery najczęstsze przyczyny odmowy: niewystępowanie problemów zdrowotnych oraz niepokojących objawów, ogólne przeszkody nie pozwalające na wzięcie udziału w badaniach (praca,

wyjazd służbowy), obawy przed bólem, dyskomfortem i urazami oraz lęk przed wykryciem poważnej choroby [¹¹⁴, ¹¹⁵].

Występowanie ogólnych przeszkód takich, jak praca, podróż, zła pogoda pojawiało się w licznych badaniach jako ważny czynnik w podjęciu decyzji o odrzuceniu udziału w badaniach przesiewowych [¹¹⁵, ¹¹⁶, ¹¹⁷].

Wardle i współpracownicy stwierdzili, że ponad 1/3 badanych przez nich osób wyrażała przekonanie, że nie muszą poddawać się badaniu przy użyciu kolonoskopu, ponieważ czują się zdrowi i nie mają żadnych objawów oraz problemów jelitowych. Inni respondenci stwierdzali, że badanie takie nie jest im potrzebne, bo zdrowo się odżywiają, a w ich rodzinach nie stwierdzono przypadków wystąpienia nowotworów jelita grubego [¹¹⁸].

McCaffery w swoich badaniach stwierdziła, iż 1/3 badanych przyjęła postawę unikania. Wśród osób prezentujących taką postawę autorka wyróżniła dwie grupy: osoby, które uważały, że lepiej nie myśleć o chorobie, gdy jest się zdrowym, poprzez unikanie niepotrzebnych emocji takich, jak niepokój, martwienie się oraz druga grupa, która nie chciała być narażona na ewentualne ryzyko powikłań będących następstwem badania inwazyjnego [¹¹⁹]. Także szereg innych badań wskazywało na występowanie zachowań o charakterze unikania w relacjach do badań przesiewowych chorób nowotworowych [¹¹⁴, ¹²⁰, ¹²¹].

Wiele badań pokazało, że takie odczucia, jak zakłopotanie, ból, dyskomfort oraz postrzeganie badania jako nieprzyjemne doświadczenie ingerujące w najintymniejsze sfery ludzkiego organizmu rzutowały w sposób istotny na podjęcie decyzji zgłoszenia się na badania przesiewowe [¹²², ¹²³, ¹²⁴, ¹²⁵].

Do obaw przed wykonaniem badań dochodzą często problemy z uzyskaniem skierowania do specjalisty, długi czas oczekiwania na wizytę u specjalisty lub na badania specjalistyczne. Czasami opóźnienia w zgłaszaniu się do lekarza wynikają z chęci podjęcia leczenia poza medycyną konwencjonalną, co wiąże się zwykle z przykrymi doświadczeniami z przeszłości oraz małym zaufaniem do służby zdrowia.

Zdarza się, że opóźnienie wykonania badań specjalistycznych, a w związku z tym późne rozpoznanie choroby, wynika z winy lekarza pierwszego kontaktu (jest to 1/6 do 1/3 wszystkich opóźnień). Trzeba sobie zdawać sprawę z nieodwracalności następstw tego faktu, np. opóźnienie rozpoznania o trzy miesiące pogarsza rokowania o 10-20%, zależy to oczywiście od lokalizacji nowotworu. Jak wskazują statystyki, najszybciej skierowanie

do specjalisty uzyskują pacjentki, u których wykryto raka sutka, najpóźniej zaś chorzy, u których rozpoznano raka jelita grubego [126].

W momencie zgłoszenia się do lekarza sprawą ogromnie ważną staje się sam przebieg wizyty. Lekarz powinien być zawsze dostępnym i wiarygodnym źródłem informacji na temat choroby nowotworowej i jej ewentualnych konsekwencji, udzielanych w sposób właściwy. Podczas pierwszej wizyty lekarz powinien w miarę dokładnie i przystępnie poinformować pacjenta o rodzajach i sposobach wykonywania badań potrzebnych do postawienia rozpoznania, a także możliwościach skutecznego leczenia choroby. Równie ważne jest nawiązanie z pacjentem kontaktu emocjonalnego poprzez uspokojenie i wzbudzenie nadziei, jak również poprzez stworzenie możliwości psychicznego oparcia, zapewnienie o własnej życzliwości i zaangażowaniu. Istotne jest również miejsce oraz forma przeprowadzenia rozmowy – w gabinecie lekarza, a nie na sali chorych, bez pośpiechu, w atmosferze spokoju [127, 128, 129, 130].

Bardzo ważne jest w jaki sposób lekarz informuje pacjenta o chorobie. Dla wielu ludzi diagnoza rak jest równoznaczna z nieodwracalnym wyrokiem śmierci. Lęk przed okaleczeniem, długotrwałym inwalidztwem, czy kosztami leczenia stanowi poważne zagrożenie dla samopoczucia pacjenta i stabilności ekonomicznej jego rodziny, a leczenie kojarzy się z bólem, lękiem, długotrwałym pobytem w szpitalu. Stąd też problem właściwego informowania pacjentów onkologicznych stanowi złożoną sytuację stresową, w której dominuje lęk [131, 132, 133, 134].

Polskie badania przeprowadzone wśród chorych na raka żołądka i raka jelita grubego wykazały, że czas upływający od pojawienia się objawów do zgłoszenia się do kliniki był różny u poszczególnych pacjentów i zależał od płci i wykształcenia. „...Wśród osób leczących się przed skierowaniem do kliniki w przychodni ogólnej, kobiety zostawały w leczeniu tej przychodni blisko trzykrotnie dłużej (35 tygodni) w porównaniu do mężczyzn (11,58 tygodnia). Średni czas, jaki upłynął od momentu pojawienia się objawów do momentu zgłoszenia się do kliniki, (...) był dłuższy u osób o niższym wykształceniu (49,5 tygodnia)...”.¹⁴ Badania wskazywały też na zróżnicowaną długość czasu jaką lekarz przeznaczał na rozmowę z pacjentem w zależności od jego pozycji społecznej [71].

W anonimowych badaniach przeprowadzonych w Łodzi wśród 106 lekarzy pracujących z pacjentami onkologicznymi porównano m.in. odpowiedzi na pytanie dotyczące oczekiwań pacjenta i własnych odnośnie informowania o chorobie [135].

¹⁴ Tobiasz-Adamczyk B., Bajka J., Szafraniec K.: Zachowania w chorobie. Opis przebiegu choroby z perspektywy pacjenta. Kraków, 1999, s.93.

Wyobrażenie siebie w roli chorego na raka skłaniało lekarzy do zajęcia odmiennej postawy od tej, jaką przypisuje się pacjentowi. Mianowicie połowa badanych lekarzy wyrażała przekonanie, że gdyby sami znaleźli się w sytuacji chorego, to niezależnie od szans wyleczenia chcieliby zostać poinformowani natychmiast i wyczerpująco o swoim stanie. Tego typu postawę przypisano tylko 9% pacjentów. Tylko 22% lekarzy przekazanie niekorzystnych informacji o chorobie uzależniałoby od przygotowania psychicznego, a 7% wolałoby, aby lekarz w ogóle nie przekazywał im niekorzystnych informacji.

Reakcja na informację o chorobie zależy od sposobu jej postrzegania przez pacjenta. Choroba może być postrzegana jako:

1. przeszkoda, którą trzeba pokonać,
2. nieodwracalna utrata wartości (zdrowia, siły, urody),
3. wartość o wymiarze etycznym lub religijnym.

Reakcje na chorobę mieszczą się w sferze poznawczej, uczuciowej i behawioralnej (zachowania) [110].

U pacjentów, u których rozpoznano chorobę nowotworową następuje wyraźna zmiana obrazu własnego ciała i ogólnego obrazu siebie. Następuje ogólne pogorszenie samooceny dotyczące m. in. urody, siły, sprawności. Obniżeniu ulega potrzeba samorealizacji, co jest wyrazem braku wiary we własne możliwości. Pacjent postrzega siebie jako osobę bierną, bezradną i zależną od innych [136].

Radzenie sobie z depresją, lękiem i złością wyznacza sposób przystosowania się do choroby i wpływa na jakość życia [137]. Osoby, które przeżywają chorobę, częściej cechują się wolą walki z rakiem. Natomiast poczucie bezradności i beznadziejności prowadzą do gorszych efektów w leczeniu. Postawa „walczącego ducha” powoduje to, iż choroba traktowana jest jak wyzwanie. Chory dowiaduje się wszystkiego o swoim stanie, żąda prawa wyboru i decyzji w sprawie leczenia, szuka terapii komplementarnej, w której sam może aktywnie uczestniczyć [138, 139]. Z badań przeprowadzonych wśród kobiet z rakiem gruczołu piersiowego, które pozostawały w dobrej kondycji przez dwa lata po zdiagnozowaniu choroby wynika, że 2/3 spośród nich relacjonowało dokonanie stałej zmiany w swoich postawach, wzrost poczucia własnej wartości i pewności siebie, chęć spełnienia swoich pragnień, lepsze przystosowanie się do życia i mniejsze przywiązanie do dóbr materialnych.

Obraz własnej choroby wypracowany przez chorego różni się zwykle od sytuacji zdefiniowanej przez lekarza. U lekarza proces definiowania określonej jednostki chorobowej powstaje na podstawie wiedzy medycznej, informacji od pacjenta, wyników

badania, własnej interpretacji danych i od postawionego rozpoznania. Pacjent wykorzystuje głównie: ogólne obieguje informacje o chorobie, informacje o własnym stanie (werbalne od lekarza, niewerbalne od rodziny i znajomych przejawiające się w zwiększonej troskliwości, źle ukrywanego niepokoju itp.), własną obserwację objawów, własne podsumowanie przypuszczeń i wyobrażeń na temat choroby oraz sądów na temat przyczyn, objawów, prognozy itp. Obraz ten bywa czasem wyolbrzymiony, czasem pomniejszony, ale zawsze zniekształcony, bardzo rzadko zgodny z rzeczywistością i obrazem wytworzonym przez lekarza. Często też obraz choroby pacjenta jest wynikiem społecznej kancerofobii [¹⁴⁰, ¹⁴¹].

Reakcje na chorobę w sferze emocjonalnej zależą od tego jak długo trwał okres wstępny choroby, w trakcie, którego pacjent zdążył się oswoić z nową sytuacją. Gdy rozpoznanie jest dla pacjenta zaskoczeniem obserwuje się duże nasilenie zmian psychicznych, trwających zwykle dość krótko i kończących się zwykle względnym powrotem do równowagi [¹⁴²]. Zmiany te zwykle przebiegają etapowo. Na początku zauważa się szok, niedowierzanie, połączone z zaburzeniem integracji wszystkich funkcji psychicznych, potem pojawia się gniew, bunt: „dlaczego ja?”, pytania do Boga, losu, pretensje do lekarzy, otoczenia. Następnie występuje lęk, przygnębienie i poczucie winy. Szacuje się, że 1/4 do 1/2 chorych na nowotwory odczuwa objawy depresji lub lęku [¹⁴³, ¹⁴⁴, ¹⁴⁵].

Lęk spowodowany poczuciem zagrożenia, występuje u wszystkich poważnie chorych, jednak u pacjentów onkologicznych jest on szczególnie nasilony. Lęk u tych pacjentów jest rzadko werbalizowany, a wyraża się on poprzez werbalizację pośrednią np. poprzez akcentowanie skarg somatycznych, wskaźniki fizjologiczne – wzrost tętna i ciśnienia, napięcie mięśni, zachowania polegające na unikaniu spojrzeń, ostrożność wypowiedzi, podchwytliwe pytania itp. Na poczucie lęku wpływa również to, w jaki sposób chorzy sami postrzegają i oceniają swoją sytuację, a także sposób zachowania się wobec chorego rodziny, lekarzy. Przyczyną lęku jest także nie informowanie chorego o niepomyślnych rokowaniach, podczas, gdy chory jest świadomy swej choroby [¹⁴⁶, ¹⁴⁷, ¹⁴⁸].

W chorobie nowotworowej można wyróżnić trzy główne źródła lęku:

1. lęk dotyczący wszelkich informacji związanych bezpośrednio z samą chorobą – przekonaniem o jej nieuleczalności, bliskości śmierci, czy lęku przed cierpieniem,

2. lęk związany z samym leczeniem, badaniami, operacjami i ich konsekwencjami, w tym okaleczeniem fizycznym,
3. lęk odnoszący się do naruszenia więzi ze środowiskiem – brak akceptacji ze strony otoczenia, zerwanie więzi z bliskimi [102].

Z badań Wrońskiej – Polańskiej dotyczących sposobów radzenia sobie ze stresem wśród pacjentów, u których rozpoznano białaczkę wynika, że dla obrony przed lękiem ok. 2/3 spośród 60 badanych stosowało zaprzeczanie, negowanie, tłumienie oraz wypieranie niepokoju, lęku. Mimo utrzymującego się wysokiego napięcia wewnętrznego chorzy ci starali się poprzez kontrolowanie siebie dzielnie i godnie znosić swoje nieszczęście. Chorzy realistycznie oceniający sytuację, w jakiej się znaleźli mieli znacznie większe trudności w przystosowaniu się do choroby i w uznaniu siebie jako chorego. Autorka badań stwierdziła ponadto, iż tłumienie lęku pozwoliło pacjentom w dużej mierze przystosować się do choroby, pogodzić się z rolą pacjenta, a tym samym lepiej znosić ciężką chorobę i trudy leczenia [83].

Bardzo częstym objawem obserwowanym u osób z rozpoznaną chorobą nowotworową jest poczucie winy. Może być następstwem myślenia magicznego, gdzie choroba jest winą za grzechy, za niewłaściwy tryb życia. Chorzy obwiniają siebie za to, że staną się ciężarem dla rodziny, społeczeństwa itd. [149].

Bloom (1994) w przeprowadzonych badaniach stwierdziła, iż niektórzy przyjaciele pacjentów z chorobą nowotworową opuszczają ich na wieść o diagnozie „rak”, pozbawiają ich wsparcia, w sytuacji, w której najbardziej go potrzebują.

Bloom wyjaśnia takie zachowanie poprzez dwa mechanizmy:

1. piętno związane z pojęciem choroby nowotworowej,
2. ograniczenia wynikające z choroby nowotworowej, rzutujące na aktywność osób chorych [150].

Próby wyjaśnienia, dlaczego chorzy na choroby nowotworowe tracą po diagnozie „rak” osoby, które dotychczas wspierały je emocjonalnie podjęła się Cobbs (za Tobiasz – Adamczyk, 1999) wskazując, że fakt przebywania w obecności osoby chorej na raka działa negatywnie na osoby zdrowe z racji piętna (stigmy), jakie nadal wywołuje wśród ludzi choroba nowotworowa. Piętno to oznacza negatywną ocenę osoby chorej, w wyniku, której dana osoba umiejscawiana jest poza kręgiem pewnych społecznie akceptowanych atrybutów np. kobieta z rakiem piersi postrzegana jest nie tylko jako osoba chora na zagrażającą jej życiu chorobę, ale w społecznym odbiorze choroba ta dotyczy piersi, które w wielu społeczeństwach są symbolem kobiecości. Ten atrybut kobiecości jest tak bardzo

głęboko zakorzeniony w świadomości społecznej, że może być uważany za wyznacznik wszystkich relacji międzyludzkich, w których kobieta uczestniczy. W konsekwencji utrata przez nią piersi jest faktem społecznie ją dyskryminującym i definiowanym jako stigma [71, ¹⁵¹].

Piętno w chorobach nowotworowych może także wynikać z następujących uwarunkowań:

1. przekonania, że diagnoza „rak” jest równoznaczna z wydaniem wyroku śmierci. Ponadto wg Bloom (1994) np. 62,5% Amerykanów wierzy, że rak jest chorobą zakaźną, którą można się zarazić, zatem lepiej unikać takich chorych,
2. niemożności kontrolowania przebiegu choroby nowotworowej, np. zmiana stylu życia (diety, aktywności) nie ma żadnego wpływu na losy chorego,
3. niedostatecznej wiedzy o przyczynach chorób nowotworowych i możliwościach skutecznej terapii [71, 150].

Negatywne postawy osób z najbliższego otoczenia wobec chorych na nowotwory są różnie wyjaśniane i usprawiedliwiane. Spędzanie czasu z chorym na raka, może stwarzać pewną dwuznaczność w interakcjach społecznych - ludzie nie wiedzą jak mają się zachować, co powiedzieć, jak pomóc choremu. Nie wiedzą czy należy mówić o chorobie, czy udawać, że się o niej nie wie, pilnować się, aby w rozmowie z chorym nie padły żadne stwierdzenia, które mogłyby pogorszyć jego stan emocjonalny.[71]

Rozpoznanie choroby nowotworowej nie pozostaje także bez wpływu na otoczenie chorego, a zwłaszcza jego najbliższych – współmałżonka, dzieci, rodziców. Liczne badania pokazują, że członkowie rodziny chorego na raka odczuwają nasilające się objawy depresji, lęku. Obserwują również u siebie pojawienie się objawów psychosomatycznych, ograniczenia w pełnieniu swoich ról oraz w aktywności zawodowej i społecznej, napięcie w kontaktach małżeńskich, frustrację z powodu niemożności efektywnego komunikowania się ze współmałżonkiem na temat choroby oraz pogorszenie zdrowia psychicznego [¹⁵², ¹⁵³, ¹⁵⁴, ¹⁵⁵, ¹⁵⁶, ¹⁵⁷].

Istotną rolę odgrywa również jakość życia, która w chorobach nowotworowych mierzona jest długością przeżycia, rozwojem choroby, konsekwencjami leczenia, możliwością kontrolowania objawów. Ocena jakości życia w chorobie jest oceną różnicy, jaka istnieje między sytuacją idealną – upragnioną (dla człowieka chorego jest to sytuacja sprzed choroby) a sytuacją realną zależną od stopnia zaspokojenia najważniejszych dla człowieka potrzeb. Ocena ta jest subiektywną oceną dokonywaną przez samego chorego.

U osób przewlekle chorych jakość życia zależy od: obiektywnego/subiektywnego stanu zdrowia, skuteczności w radzeniu sobie z sytuacją następującą po rozpoznaniu choroby, poziomu zadowolenia i satysfakcji życiowej poprzedzającej chorobę [¹⁵⁸, ¹⁵⁹].

Radzenie sobie z chorobą wpływa na jakość życia poprzez emocjonalne kontrolowanie stresu związanego z chorobą oraz poprzez sterowanie postrzeganiem własnej osoby – obniżenie negatywnych odczuć np. lęku, w wyniku skutecznego radzenia sobie z chorobą powoduje podwyższenie subiektywnego dobrostanu. Ponadto istotnym źródłem jakości życia są pozytywne postawy w stosunku do własnego ciała, nienaruszenie tożsamości seksualnej, poczucia własnej wartości, sensu i skuteczności indywidualnego działania [¹⁶⁰, ¹⁶¹].

Ważnym aspektem radzenia sobie z chorobą jest zwiększenie pozytywnych przeżyć, takich jak radość, poczucie szczęścia, optymizm, a także zaspokojenie potrzeby robienia czegoś i przebywania z innymi ludźmi [¹⁶²]. Wielu pacjentów, którzy potrafili skutecznie poradzić sobie z nowotworem, stwierdzało, że miało lepsze samopoczucie po chorobie niż przed zachorowaniem. Nawet pacjenci w fazie terminalnej choroby nowotworowej osiągnęli często zadowalający poziom jakości życia, mimo złego samopoczucia [¹⁶³, ¹⁶⁴].

2. Cel badania i hipotezy badawcze

Celem badań było poznanie, w jaki sposób determinanty psychospołeczne wpływają na zachowania chorych z rakiem jelita grubego. W badaniu za zachowanie w chorobie przyjęto całość reakcji i działań chorego od momentu zaobserwowania pierwszych objawów do chwili podjęcia ostatecznej decyzji diagnostycznej i terapeutycznej o leczeniu chirurgicznym w specjalistycznej klinice.

Retrospektywny opis przebiegu choroby z perspektywy pacjenta, scharakteryzowany przez jego indywidualne doświadczenia, pozwolił na poznanie sposobów percepcji objawów chorobowych przez pacjenta i jego rodzinę, metod radzenia sobie z objawami np. poprzez samoleczenie, motywów podjęcia decyzji o szukaniu pomocy (fachowej i нефachowej), momentu zgłoszenia się do lekarza, odtworzenia przebiegu procesu leczenia w różnych formach systemu opieki medycznej oraz determinantów relacji lekarz – pacjent i wpływu tej relacji na dalsze losy chorego.

W pracy podjęto próbę odpowiedzi na pytanie jakie są psychospołeczne wyznaczniki zachowań chorych z rakiem jelita grubego.

Szczególną uwagę zwrócono na prześledzenie takich elementów zachowań w chorobie, jak:

1. postrzeganie przez chorych objawów charakterystycznych dla raka jelita grubego,
2. ocena przez chorych na raka jelita grubego częstości występowania objawów, ich uciążliwości, zagrożenia dla zdrowia/życia,
3. określenie przez chorych na raka jelita grubego na ile występujące objawy powodowały zakłócenia w ich codziennym funkcjonowaniu (praca zawodowa, obowiązki rodzinne, domowe, aktywność towarzyska itp.),
4. określenie wpływu występujących objawów na stan emocjonalny badanych,
5. strategie radzenia sobie z chorobą poprzez zmiany stylu życia, samoleczenie, szukanie pomocy (wsparcia) w otoczeniu,
6. wyobrażenia chorych z rakiem jelita grubego na temat przyczyn wystąpienia choroby,
7. podjęcie przez chorych z rakiem jelita grubego decyzji o szukaniu pomocy lekarskiej oraz barier z tym związanych (trudności z otrzymaniem porady, wysokie koszty finansowe leczenia, bariery psychiczne, społeczne itp.),
8. subiektywny opis przebiegu różnych etapów diagnozowania i leczenia, aż do ostatecznej decyzji diagnostycznej i terapeutycznej.

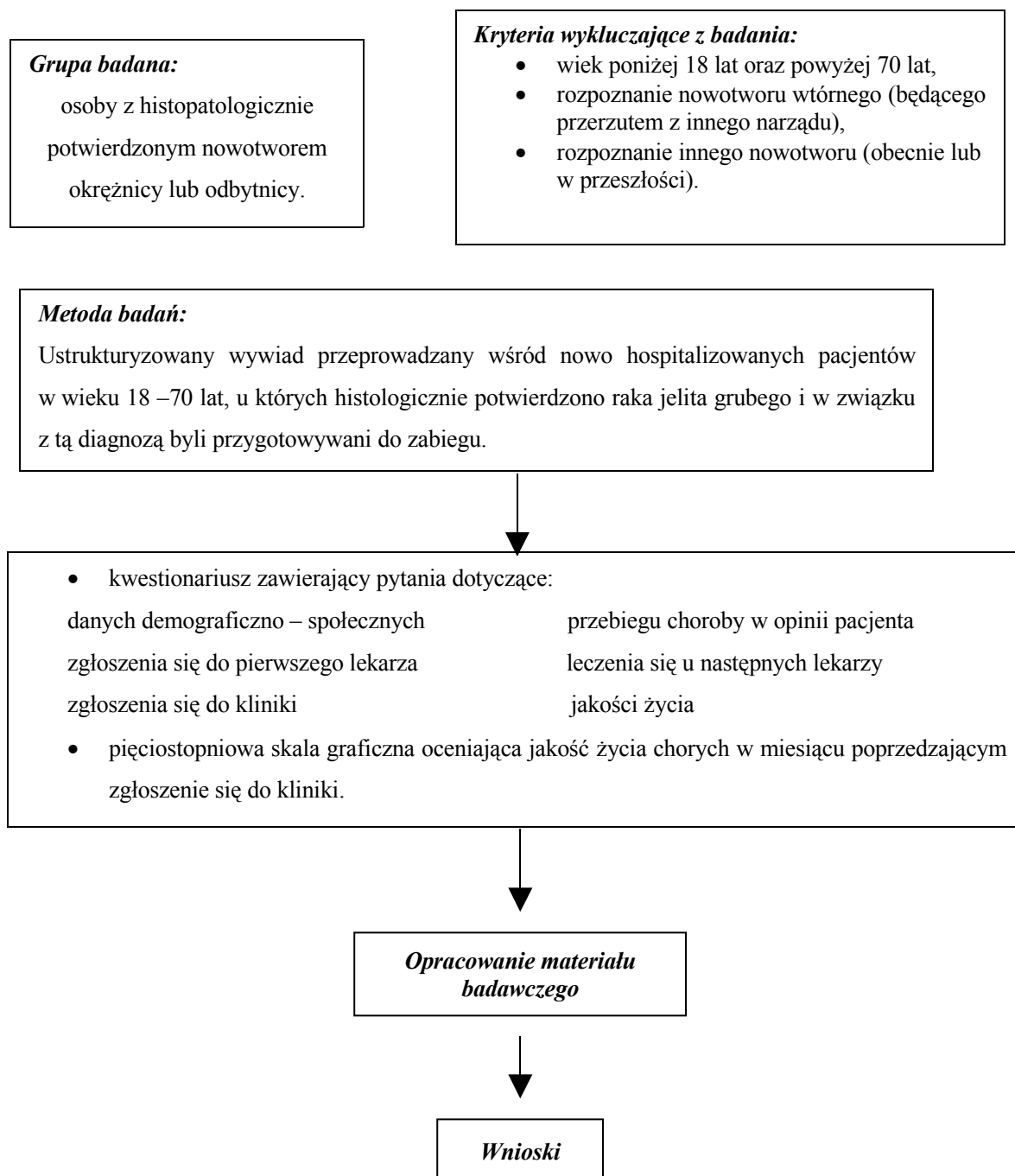
Zadaniem pracy była weryfikacja następujących hipotez:

- hipoteza I: obserwowane przez chorych objawy nie są identyfikowane jako oznaka poważnej choroby,
- hipoteza II: chorzy szybciej szukają profesjonalnej pomocy lekarskiej w przypadku objawów, które utrudniają ich codzienną aktywność,
- hipoteza III: wsparcie ze strony najbliższego otoczenia przyspiesza podjęcie decyzji o zgłoszeniu się do lekarza,
- hipoteza IV: wydłużenie się okresu ostatecznej diagnozy nie jest zależne wyłącznie od chorego, ale od dysfunkcjonalności systemu opieki zdrowotnej.

3. Materiał i metody

3.1. Model badania

Rycina 3.1.1. Schemat badania



3.1.1. Strategia badania

Praca powstała w oparciu o wyniki badań przeprowadzonych w Zakładzie Socjologii Medycyny Katedry Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, które częściowo realizowano w ramach projektu własnego mgr Jadwigi Bajki (Wł/225/P/L) zatytułowanego „Społeczne uwarunkowania percepcji choroby i zachowań w chorobie chorych z rakiem jelita grubego”, będących kontynuacją projektu badawczego prof. dr hab. B. Tobiasz – Adamczyk zatytułowanego „Badania nad stylem życia chorych z rakiem jelita grubego i środowiskowymi uwarunkowaniami przebiegu choroby i leczenia” finansowanego przez Komitet Badań Naukowych, prowadzonego w Zakładzie Socjologii Medycyny Katedry Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w latach 1996 – 1999.

Obecne badania prowadzone były w Klinice Chirurgii Gastroenterologicznej I Katedry Chirurgii Ogólnej Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie w okresie od października 2000 do maja 2005 roku.

Zgodnie z przyjętą metodyką badań wywiady dotyczące subiektywnej oceny przebiegu choroby przeprowadzane były wśród nowo hospitalizowanych pacjentów w wieku 18 – 70 lat, u których histologicznie potwierdzono raka jelita grubego i w związku z tą diagnozą byli przygotowywani do zabiegu operacyjnego. Zebrano w ten sposób 360 wywiadów.

3.2 Kwestionariusz

Kwestionariusz, którym posługiwałam się w badaniach nosił nazwę „Przebieg choroby w opinii pacjenta”. Został on opracowany przez zespół pracowników Zakładu Socjologii Medycyny Katedry Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum. Składał się z 75 pytań (skal) oraz z 8 elementowej skali graficznej Dartmouth Coop Function Charts.

Pytania kwestionariusza obok danych demograficzno-społecznych zmierzały do ustalenia następujących informacji:

1. Czasokresu występowania pierwszych objawów ze strony przewodu pokarmowego takich, jak: brak apetytu, nudności, zgaga (uczucie pieczenia), wymioty, wzdęcia, uczucie pełności (gnięcia w okolicy żołądka), uporczywe bóle brzucha, uczucie niepełnego wypróżnienia, zmiany w częstotliwości wypróżnień, bolesne parcia na stolec, uciążliwe biegunki, zaparcia stolca, smolisty stolec lub krew w stolcu, nieoczekiwana (szybka) utrata wagi ciała, nagle zatrzymanie gazów i stolca, inne objawy oraz częstotliwości tych objawów.
2. Sposobu oceny tych objawów przez badanych (czy powodowały zaniepokojenie u respondentów, czy nasuwały podejrzenie poważnej choroby).
3. Informowanie najbliższego otoczenia o pojawiających się symptomach (o jakich objawach rozmawiano z poszczególnymi osobami z najbliższego otoczenia).
4. Rodzaj udzielanych rad ze strony najbliższego otoczenia.
5. Zmian w jakości życia wskutek występujących objawów (zmian w aktywności – w pracy zawodowej, innych rodzajów aktywności; zmian w samopoczuciu psychicznym).
6. Samoleczenia, stosowanych środków leczniczych.
7. Zmian w stylu życia na skutek występujących objawów (w sposobie żywienia, w piciu alkoholu, kawy, w paleniu papierosów).
8. Decyzji o zgłoszeniu się do lekarza (powód zgłoszenia się do lekarza; objawy, które zmusiły respondentów do zgłoszenia się do lekarza; czasokres, jaki upłynął

od momentu pojawienia się objawów do momentu zgłoszenia się do lekarza; powody zwlekania ze zgłoszeniem się do lekarza).

9. Specjalność lekarza, miejsce pierwszej wizyty (oraz kolejnych).
10. Rodzaju zleconych przez pierwszego lekarza badań specjalistycznych (długość oczekiwania na poszczególne badania specjalistyczne; odpłatność za badania specjalistyczne).
11. Rodzaj diagnozy postawionej przez pierwszego lekarza.
12. Postępowanie zalecone przez pierwszego lekarza.
13. Ocena informacji przekazywanych przez pierwszego lekarza.
14. Zastosowania się pacjenta do zaleceń pierwszego lekarza (przyczyny niestosowania się).
15. Czasokresu pozostawania w leczeniu u pierwszego lekarza (ilość odbytych wizyt).
16. Zmiany lekarza (przyczyny).
17. Specjalność drugiego lekarza i następnych, miejsce pierwszej wizyty (oraz kolejnych).
18. Rodzaju zleconych badań specjalistycznych przez drugiego lekarza i następnych (długość oczekiwania na poszczególne badania specjalistyczne; odpłatność za badania specjalistyczne).
19. Rodzaj diagnozy postawionej przez drugiego lekarza i następnych.
20. Komunikacja pacjenta z lekarzem (zakres uzyskanych informacji).
21. Rodzaj postępowanie zaleconego przez drugiego lekarza i następnych.
22. Zastosowania się pacjenta do zaleceń drugiego lekarza i następnych (przyczyny niestosowania się).
23. Systematyczność w leczeniu według samooceny chorego (przyczyny przerw w leczeniu).

24. Czasokresu pozostawania w leczeniu u drugiego lekarza i następnych (ilość odbytych wizyt).
25. Trybu kierowania chorego do kliniki specjalistycznej.
26. Czasokres pomiędzy pojawieniem się objawów ze strony przewodu pokarmowego a uzyskaniem skierowania do kliniki specjalistycznej oraz zgłoszeniem się po raz pierwszy do lekarza z powodu dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego a uzyskaniem skierowania do kliniki specjalistycznej.
27. Samooceny przez chorego leczenia przed zgłoszeniem się do kliniki specjalistycznej (ilość leczących chorego lekarzy; ilość wykonywanych badań specjalistycznych; czasokres od zgłoszenia się do lekarza do wykonania badań specjalistycznych; ogólny czasokres leczenia w przychodni ogólnej, przychodni specjalistycznej, w szpitalu, innych ośrodkach; korzystanie z porad medycyny niekonwencjonalnej; przebywanie na zwolnieniu lekarskim (ilość dni) z powodu dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego).
28. Uwagi dotyczące relacji z przedstawicielami instytucji medycznej.
29. Rodzinne uwarunkowania choroby.
30. Postaw rodziny wobec choroby i leczenia.
31. Postaw respondentów wobec choroby i leczenia.
32. Zachowania w okresie choroby (reakcja na chorobę), strategie walki z objawami.
33. Jakości życia chorych (samoocena zdolność do wykonywania czynności dnia codziennego; samoocena stanu psychicznego; wsparcie społeczne a zachowania w chorobie; choroba a wykonywanie ról społecznych; choroba a interakcje międzyludzkie).
34. Ocena pięciu wymiarów jakości życia za pomocą Dartmouth Coop Function Charts (kondycji fizycznej; stanu emocjonalnego; codziennego funkcjonowania w pracy, domu; aktywności społecznej; odczuwania bólu; zmian jakie nastąpiły w stanie zdrowia oraz samopoczuciu psychicznym; ogólnej samooceny stanu zdrowia; wsparcia, pomocy ze strony otoczenia; ogólnej jakości życia).

3.3 Analiza statystyczna

Analiza statystyczna zebranego materiału przeprowadzona została przy pomocy programu STATISTICA 5.0. W opisie badanej populacji wykorzystano liczebności oraz częstości. Zależność badanych zmiennych od zmiennych socjo - demograficznych badano w oparciu o test χ^2 w przypadku zmiennych kategoriowych oraz test Manna - Whitney'a dla zmiennych ciągłych.

Na podstawie analizy skupień (grupowanie według przypadków) podjęto próbę klasyfikacji grupy chorych według najbardziej charakterystycznych grup objawów.

W oparciu o model wieloczynnikowej regresji logistycznej wyodrębniono czynniki, które wpływały na opóźnienie decyzji respondentów o zgłoszeniu się do lekarza.

W ostatecznym modelu uwzględniono następujące zmienne: wiek, wykształcenie, stan cywilny, miejsce zamieszkania, charakterystykę występujących objawów ze strony układu pokarmowego, podejmowanie prób samoleczenia, zmiany stylu życia, wsparcie ze strony otoczenia (rozmowy ze współmałżonkiem, przyjaciółmi) oraz najważniejsze powody odwlekania decyzji o zgłoszeniu się do lekarza podawane przez samych respondentów (mała waga przypisywana objawom, zaabsorbowanie innymi sprawami).

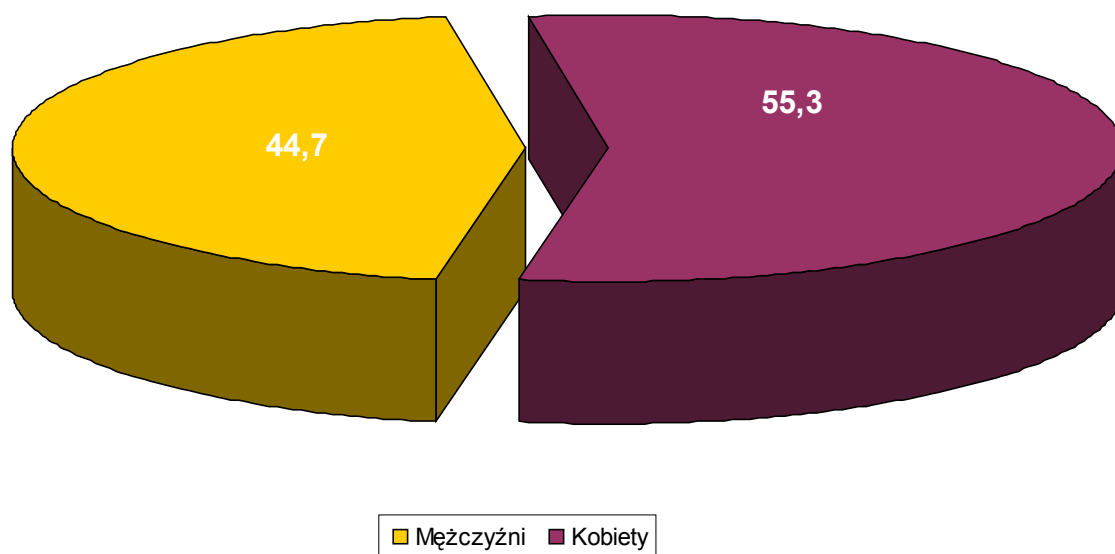
4. Wyniki badań

4.1. Charakterystyka demograficzno - społeczna badanej grupy.

Od momentu podjęcia badań w 2000 roku do kwietnia 2005 roku przeprowadzono 360 wywiadów.

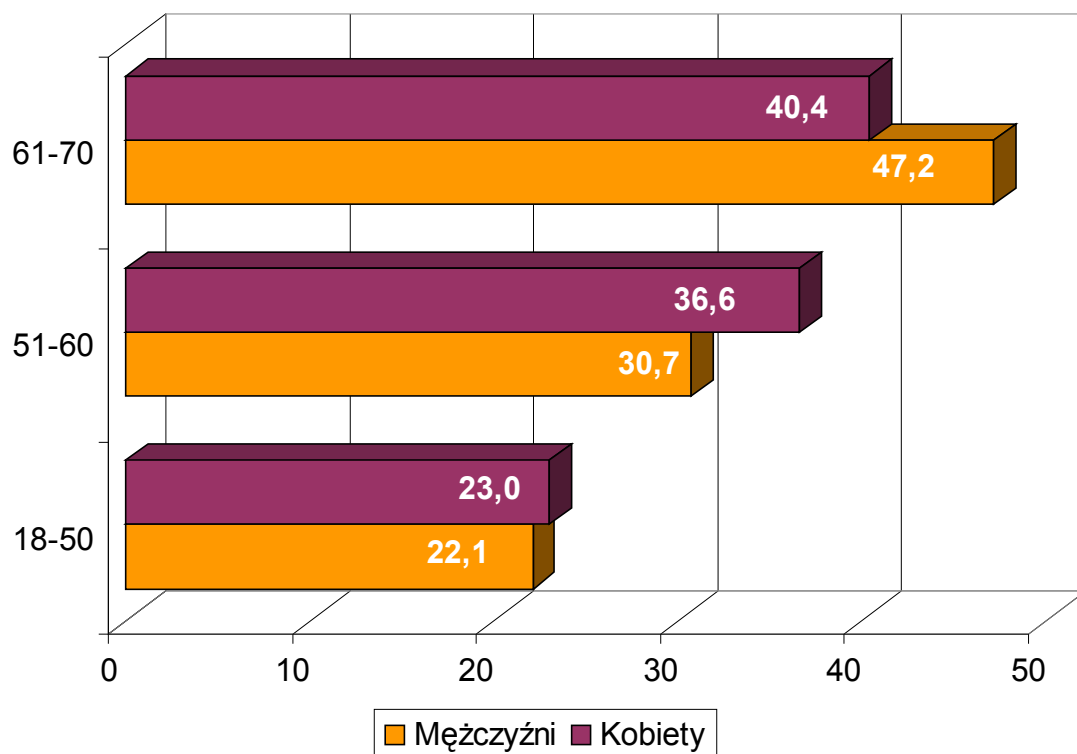
W badanej grupie mężczyźni stanowili większość (199 = 55,3%), natomiast kobiet było nieznacznie mniej (161 = 44,7%) (wykres 4.1.1).

Wykres 4.1.1. Skład grupy badanej według płci – dane w %.



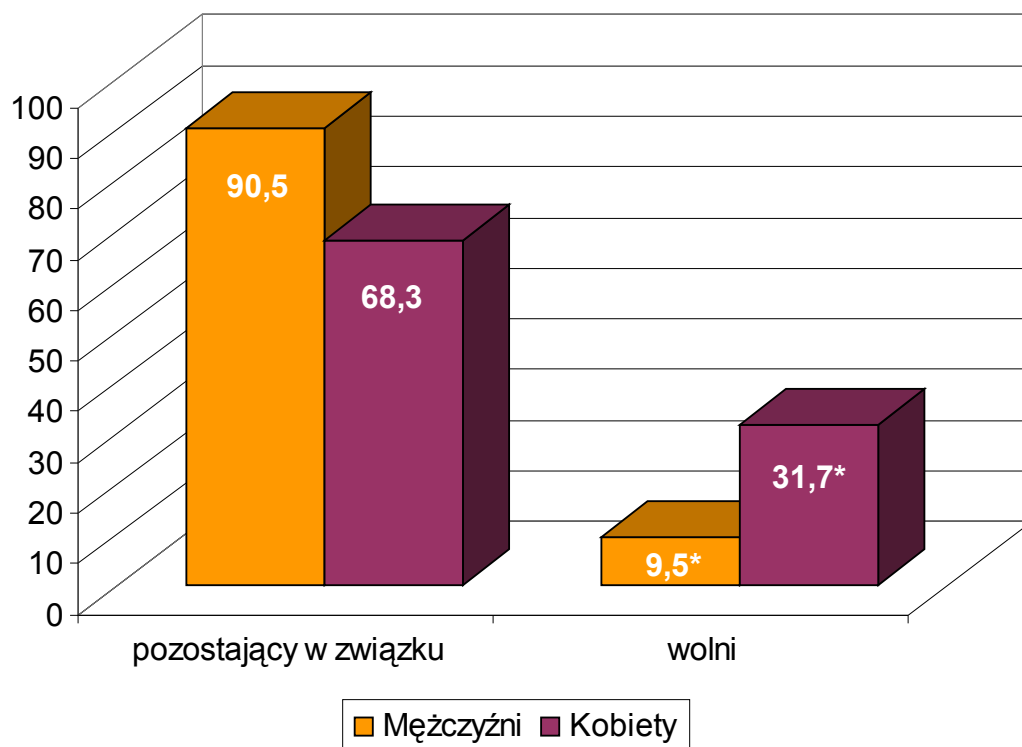
W analizowanej grupie dominowali mężczyźni powyżej 61 roku życia. Natomiast w przedziale wiekowym między 51 a 60 rokiem życia nieco więcej było kobiet aniżeli mężczyzn. W najmłodszej grupie pacjentów między 18 a 50 rokiem życia różnice między kobietami a mężczyznami były bardzo niewielkie (wykres 4.1.2).

Wykres 4.1.2. Struktura wiekowa badanej grupy a płeć – dane w %.



Większość stanowiły osoby pozostające w związkach (małżeństwa/konkubiny N = 209) przy czym przeważali w tej grupie mężczyźni (90,5% vs 68,3% kobiet). Natomiast istotnie więcej w analizowanej grupie było wolnych kobiet aniżeli mężczyzn (31,7% vs 9,5%) (wykres 4.1.3).

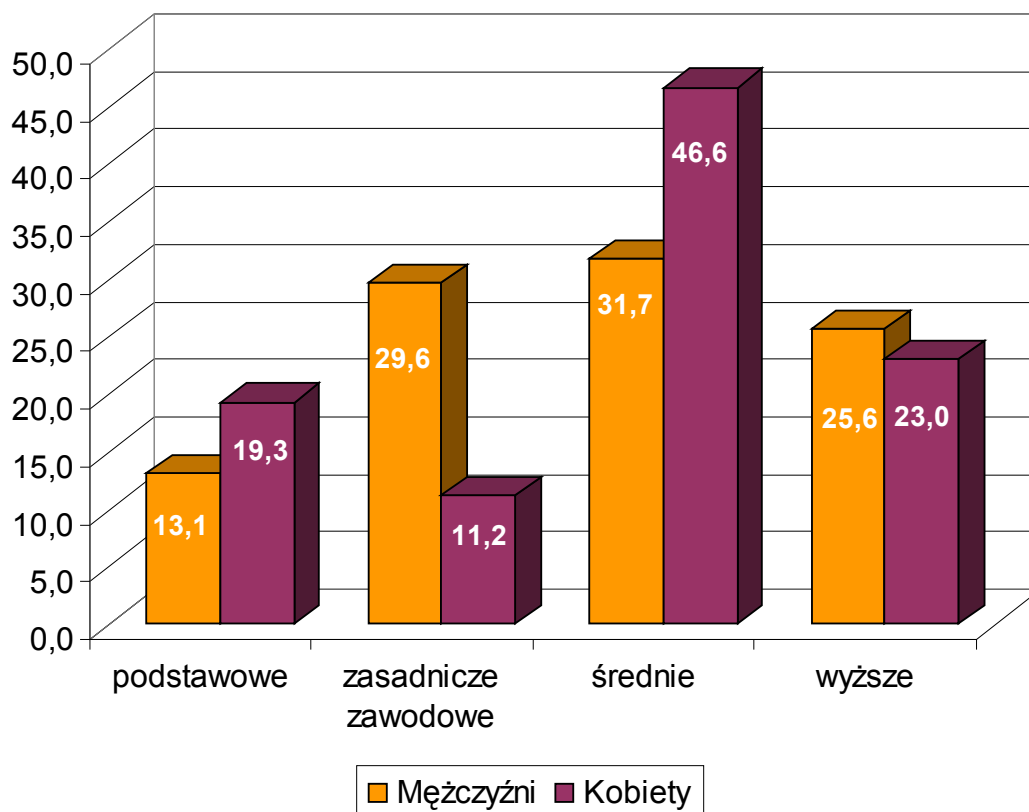
Wykres 4.1.3. Stan cywilny a płeć – dane w %.



* $p < 0,05$

Wśród kobiet przeważały osoby z wykształceniem średnim oraz podstawowym, natomiast istotnie więcej było mężczyzn legitymujących się wykształceniem zasadniczym zawodowym (wykres 4.1.4).

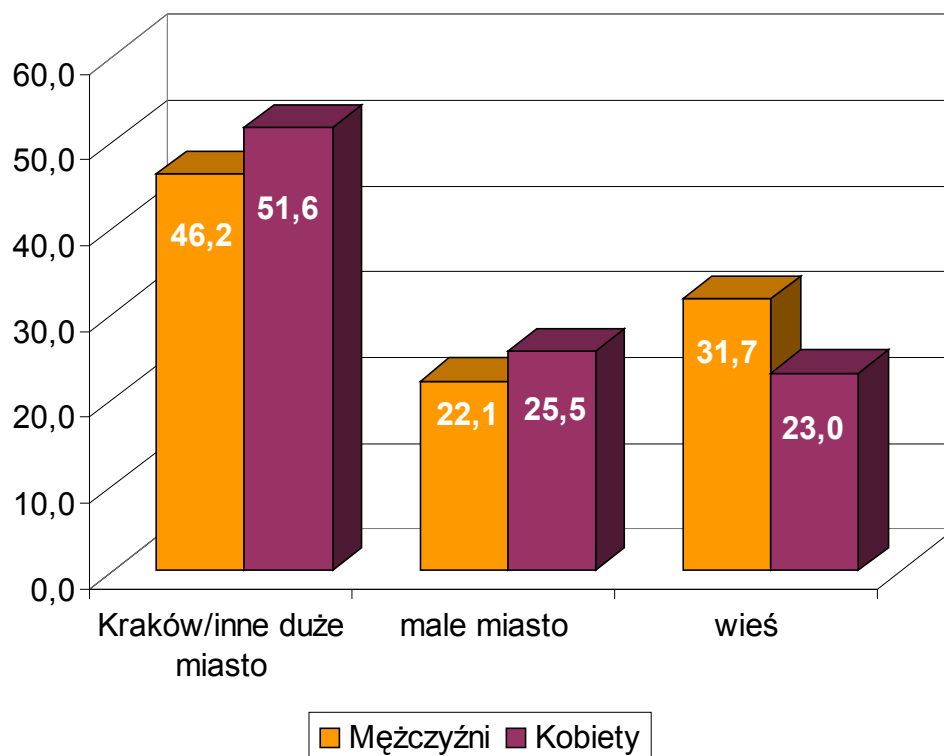
Wykres 4.1.4. Wykształcenie a płeć – dane w %.



* $p < 0,05$

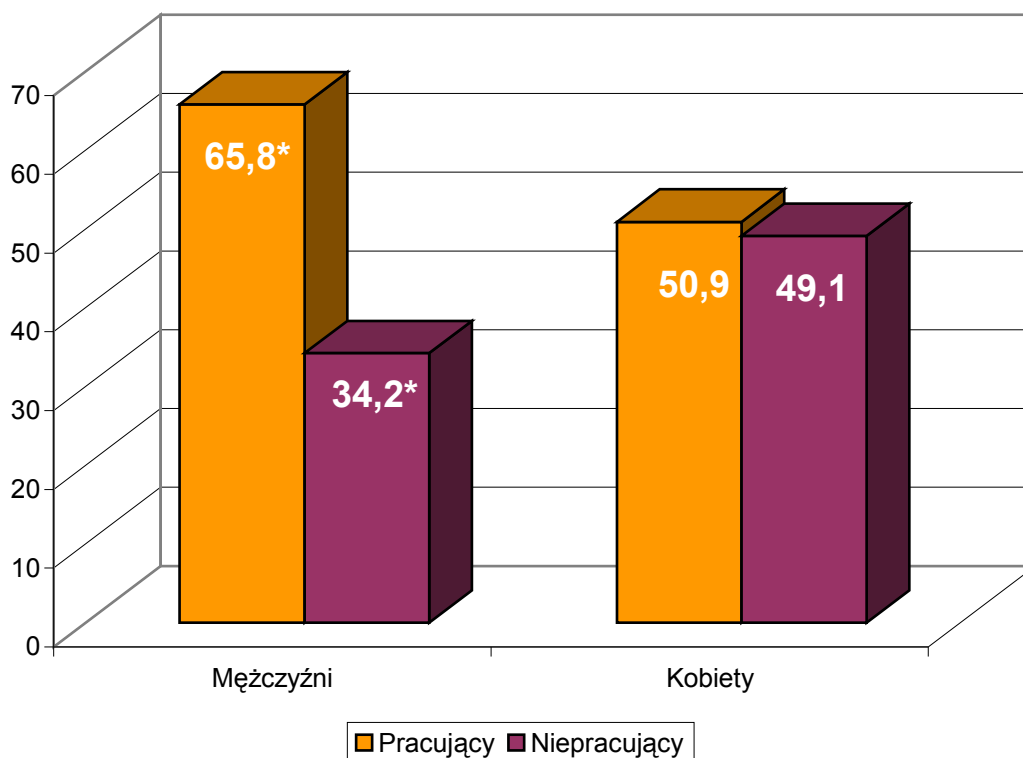
Wśród respondentów nieco więcej było mężczyzn zamieszkujących wieś, natomiast nieco więcej kobiet było mieszkankami małych miast (poniżej 100.000 mieszkańców), Krakowa lub innych dużych miast (wykres 4.1.5).

Wykres 4.1.5. Miejsce zamieszkania a płeć – dane w %.



W badanej grupie aktywnych zawodowo było 213 respondentów, natomiast 147 nie pracowało. Istotne statystyczne różnice zaobserwowano wśród mężczyzn – 65,8% spośród nich pracowało, a 34,2% nie pracowało (wykres 4.1.6).

Wykres 4.1.6. Płeć a aktywność zawodowa– dane w %.



* $p < 0,05$

4.2. Percepcja objawów chorobowych

Najczęściej postrzeganymi objawami wśród chorych na raka jelita grubego były: smolisty stolec lub krew w stolcu potwierdzone przez 75% badanych, uporczywe bóle brzucha – 37,2%, uczucie niepełnego wypróżnienia – 33,1%, zaparcia stolca – 29,7% oraz wzdęcia – 28,1%.

W przypadkach objawów najbardziej poważnych (bóle brzucha, smolisty stolec, krew w stolcu itp.), dostrzeganie objawów choroby było podobne zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet, nie mniej jednak przeciętnie kobiety dostrzegały te objawy nieco wyraźniej, z jednym wyjątkiem - mężczyźni istotnie częściej zwracali uwagę na pojawienie się smolistego stolca lub krwi w stolcu (78,9% vs 70,2).

Natomiast inne objawy, takie jak biegunka, wymioty były postrzegane znacznie rzadziej i traktowane głównie jako symptomy zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego, będących następstwem np. spożycia zbyt obfitego, tłustego posiłku, zatrucia pokarmowego itp. Kobiety wyraźnie częściej aniżeli mężczyźni dostrzegały objawy takie jak nudności, zgaga, odbijania np. znamienne częściej na wzdęcia uskarżało się 33,5% kobiet i 23,6% mężczyzn (tabela

4.2.1). Pozostałe zmienne społeczno-demograficzne nie wpływały w sposób istotny na postrzeganie objawów przez respondentów.

Tabela 4.2.1. Objawy ze strony przewodu pokarmowego podane przez respondentów.

Rodzaj objawów	Występowanie objawów (N=360)	Ogółem stwierdzone objawy	
		Mężczyźni (N=199)	Kobiety (N=161)
Brak apetytu	35 (9,7%)	16 (8,0%)	19 (11,8%)
Nudności	20 (5,6%)	8 (4,0%)	12 (7,5%)
Odbijania	40 (11,1%)	21 (10,6%)	19 (11,8%)
Zgaga	38 (10,6%)	20 (10,1%)	18 (11,2%)
Wymioty	22 (6,1%)	10 (5,0%)	12 (7,5%)
Wzdęcia*	101 (28,1%)	47 (23,6%)	54 (33,5%)
Uczucie pełności	61 (16,9%)	31 (15,6%)	30 (18,6%)
Bóle brzucha	134 (37,2%)	68 (34,2%)	66 (41,0%)
Uczucie niepełnego wypróżnienia	119 (33,1%)	64 (32,2%)	55 (34,2%)
Zmiany w częstotliwości wypróżnień	96 (26,7%)	53 (26,6%)	43 (26,7%)
Bolesne parcie na stolec	100 (27,8%)	55 (27,6%)	45 (28,0%)
Uciążliwe biegunki	82 (22,8%)	45 (22,6%)	37 (23,0%)
Zaparcia stolca	107 (29,7%)	51 (25,6%)	56 (34,8%)
Smolisty stolec lub krew w stolcu*	270 (75,0%)	157 (78,9%)	113 (70,2%)
Szybka utrata wagi	76 (21,1%)	41 (20,6%)	35 (21,7%)
Nagłe zatrzymanie gazów i stolca	10 (2,8%)	4(2,0%)	6 (3,7%)
Inne	79 (21,9%)	39 (19,6%)	40 (21,9%)

* $p < 0,05$

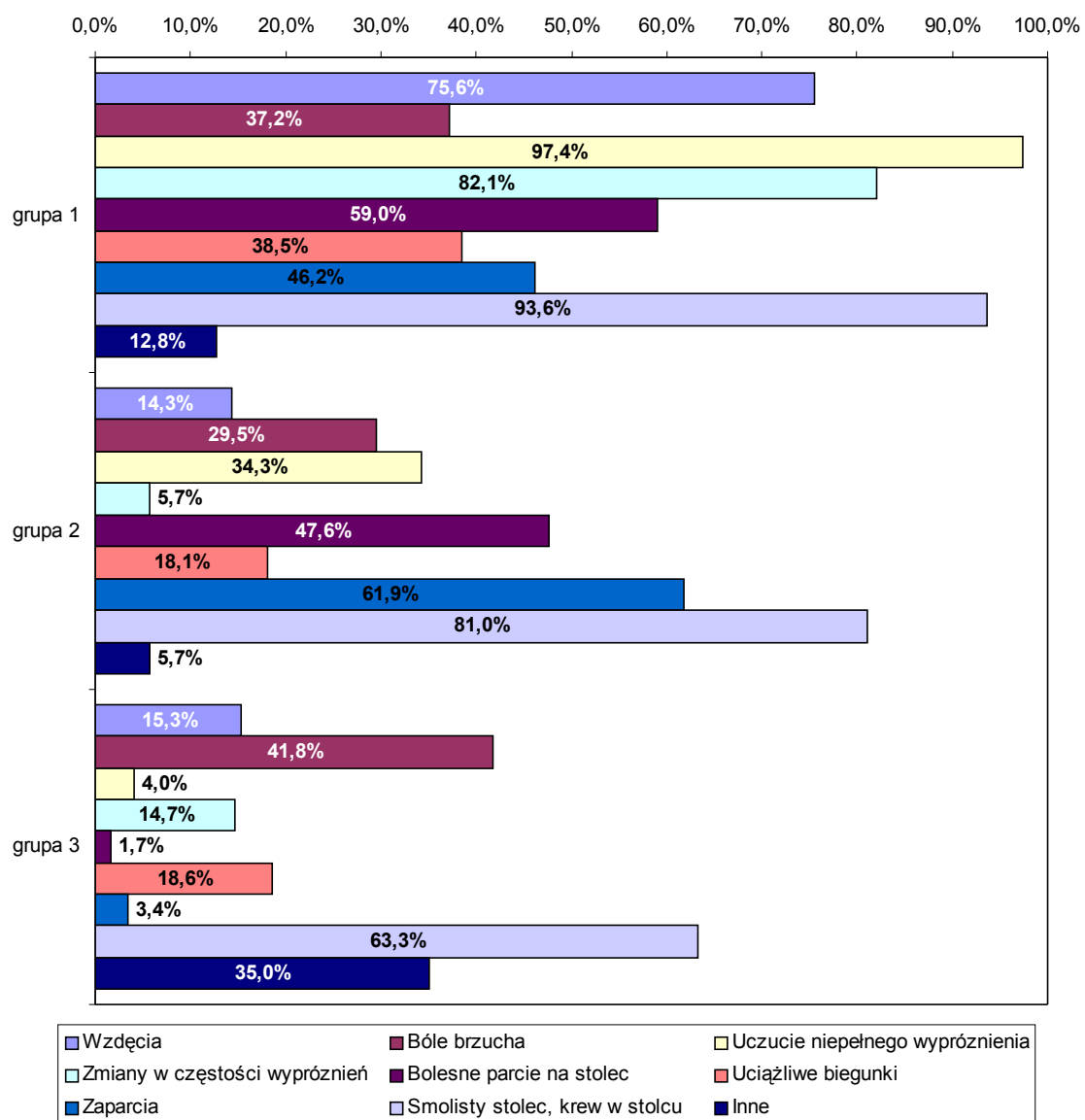
Próbując znaleźć objawy lub grupy objawów charakteryzujące pacjentów z rakiem jelita grubego przeprowadzono analizę skupień. Na jej podstawie wyodrębniono 3 grupy pacjentów.

Grupa pierwsza skupiała 78 chorych, którzy zgłosili się do lekarza po zaobserwowaniu u siebie objawów bardzo niepokojących, mogących świadczyć o poważnych nieprawidłowościach ze strony przewodu pokarmowego. W grupie tej na uczucie niepełnego wypróżnienia uwagę zwróciło aż 97,4 % pacjentów, w porównaniu do 34,3% z grupy drugiej i tylko 4% z grupy trzeciej. Smolisty stolec lub krew w stolcu zaobserwowało 93,6% respondentów w grupie pierwszej (81,0% w grupie drugiej i 63,3% w grupie trzeciej). Na zmianę w częstotliwości wypróżnień w tej grupie zwróciło uwagę 82,1% chorych, podczas gdy w grupie drugiej tylko 5,7%, a w grupie trzeciej 14,7% badanych. Na wzdęcia uskarżało się 75,6% respondentów, w porównaniu do 14,3% w grupie drugiej i 15,3% w grupie trzeciej. Na bolesne parcie na stolec skarżyło się 59% osób w tej grupie, podczas, gdy w grupie drugiej objaw ten niepokoił 47,6% badanych i tylko 1,7 % osób z grupy trzeciej.

Natomiast w grupie drugiej liczącej 105 badanych charakterystycznym objawem, który skłonił pacjentów do zgłoszenia się do lekarza były zaparcia (61,9% vs 46,2 % w grupie pierwszej i 3,4% w grupie trzeciej).

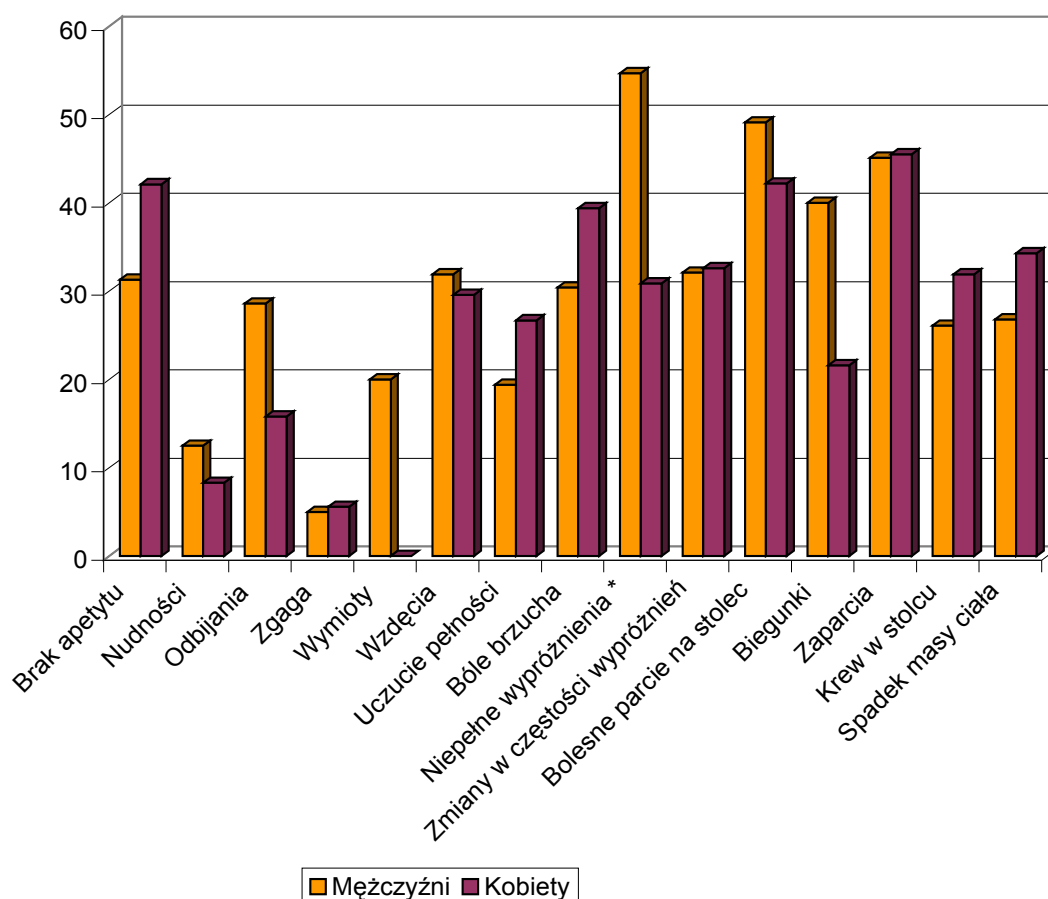
Dla pacjentów z grupy trzeciej (N=177) objawami, które skłoniły ich do pójścia do lekarza były bóle brzucha (41,8% vs 37,2% w grupie pierwszej i 29,5 % w grupie drugiej) oraz inne objawy (najczęściej pacjenci wymieniali tutaj takie symptomy jak np. uczucie osłabienia) - 35% vs 12,8 % w grupie pierwszej i 5,7 % w grupie drugiej (wykres 4.2.1).

Wykres 4.2.1. Analiza grup pacjentów wyodrębnionych w analizie skupień ze względu na częstość występowania poszczególnych objawów.



Stopień uciążliwości występujących objawów był w różny sposób oceniany przez respondentów. Do najbardziej uporczywych objawów chorzy zaliczyli te, które zaburzały ich codzienne funkcjonowanie. Były to takie objawy jak: uczucie niepełnego wypróżnienia – 54,7% mężczyzn i 30,9% kobiet (różnica istotna statystycznie), bolesne parcie na stolec – 49,1% mężczyzn i 42,2% kobiet, zaparcia stolca – ponad 45% mężczyzn oraz kobiet, uciążliwe biegunki – 40,0% mężczyzn i 21,6% kobiet. Paradoksalnie – niektóre z objawów były postrzegane pozytywnie przez kobiety np. brak apetytu i związana z nim szybka utrata wagi ciała. Na stały brak apetytu zwróciło uwagę 42,1 % kobiet w porównaniu do 31,3% mężczyzn, a na stałą utratę wagi 31,4% kobiet oraz 26,8% mężczyzn (wykres 4.2.2).

Wykres 4.2.2. Objawy występujące codziennie wg płci (dane w % osób, które zgłosiły dany objaw).



* $p < 0,05$

Czas trwania poszczególnych objawów przed zgłoszeniem się do lekarza wynosił odpowiednio w przypadku braku apetytu 76,2 tygodni, nudności - 90,4 tygodni, odbijań - 223,6 tygodni, zgagi - 247, 2 tygodni, wymiotów 156 tygodni, wzdęć - 134,6 tygodni, bólów brzucha - 118,5 tygodni, uczucia niepełnego wypróżnienia - 59,9 tygodni, zmian w częstotliwości wypróżnień - 79,0 tygodni, bolesnych parć na stolec - 44,4 tygodnie, uciążliwych biegunk - 134,4 tygodni, zaparc - 187,9 tygodni, występowania smolistych stolców lub krwi w stolcu - 64,9 tygodni, szybkiej utraty masy ciała - 27,1 tygodni.

Ogółem pacjenci zgłaszali trwanie jakichkolwiek objawów średnio przez 194,1 tygodni, przy czym u połowy respondentów objawy występowały przez co najmniej rok przed zgłoszeniem się do lekarza (tabela 4.2.2).

Tabela 4.2.2. Czas trwania objawów ze strony przewodu pokarmowego (w tygodniach).

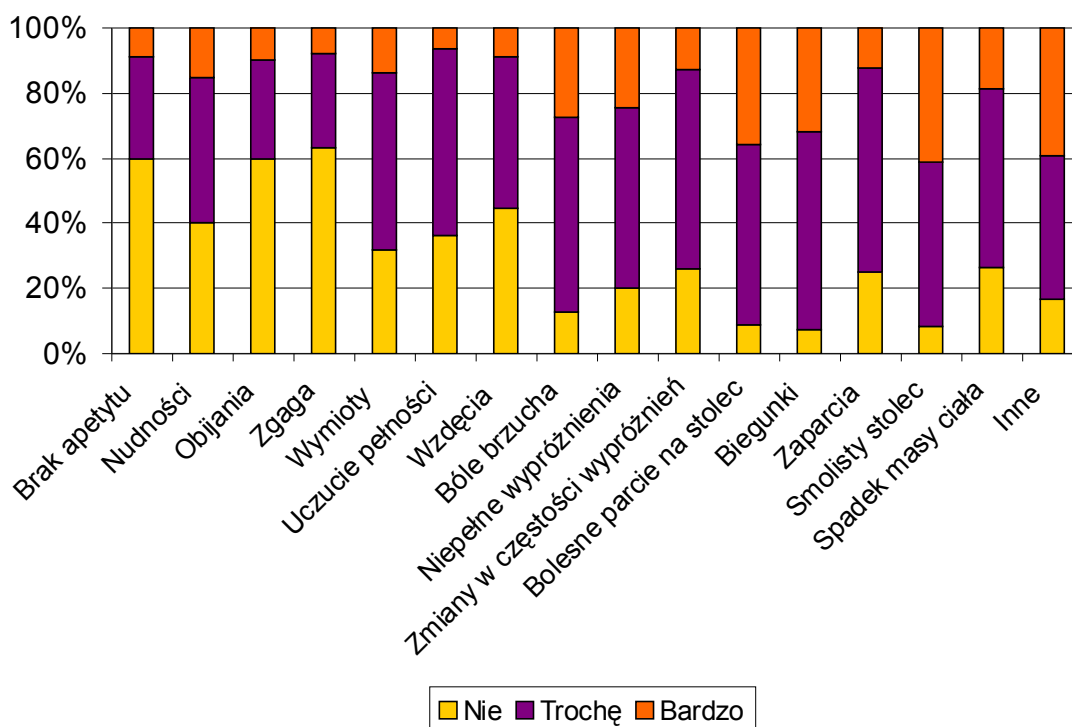
Objaw	N	Średnia (SD)	Mediana ((Q3-Q1)/2)
Brak apetytu	35	76,2 (141,8)	24 (8)
Nudności	20	90,4 (162,6)	22 (35)
Odbijania	40	223,6 (349,9)	52 (148)
Zgaga	38	247,2 (276)	156 (196)
Wymioty	22	156 (444)	24 (48)
Wzdęcia	102	134,6 (215,6)	52 (42)
Uczucie pełności	60	117,6 (197,5)	26 (44)
Bóle brzucha	135	118,5 (312,9)	24 (46)
Uczucie niepełnego wypróżnienia	119	59,9 (123,8)	24 (18)
Zmiany w częstotliwości wypróżnień	96	79,0 (225,1)	24 (19)
Bolesne parcie na stolec	100	44,4 (84,2)	22 (12)
Uciążliwe biegunki	82	134,4 (368,1)	24 (20)
Zaparcia	107	187,9 (406,9)	52 (44)
Smolisty stolec/krew w stolcu	270	64,9 (179,5)	24 (20)
Utrata masy ciała	76	27,1 (63,2)	16 (8)
Inne objawy	78	48,6 (105,9)	20 (12)
Maksimum z czasu (dla wszystkich objawów w tygodniach)	360	194,1 (390,7)	52 (66)

Sposób postrzegania objawów przez chorych na raka jelita grubego wydaje się być istotny z racji wagi, jaka była przypisywana poszczególnym objawom.

Objawy występujące przez dłuższy czas, a zwłaszcza te, które stale się powtarzały powodowały, iż badani zaczęli martwić się o swój stan zdrowia. Największy niepokój wzbudzały te objawy, które mogły być uznane za symptomy poważniejszej choroby. Pojawienie się smolistego stolca lub krwi w stolcu poważnie zaniepokoiło 41,1% badanych, obserwujących u siebie ten objaw, nieoczekiwana utrata wagi ciała bardzo zmartwiła tylko 18,6% chorych. Kolejne objawy budzące niepokój wywołane były przez ból, który sam w sobie jest sygnałem alarmującym. Z powodu odczuwania uporczywych bólów brzucha bardzo zmartwiła się o swój stan zdrowia tylko 1/3 respondentów, a bolesne parcie na stolec powodował silny niepokój wśród 36,0% osób.

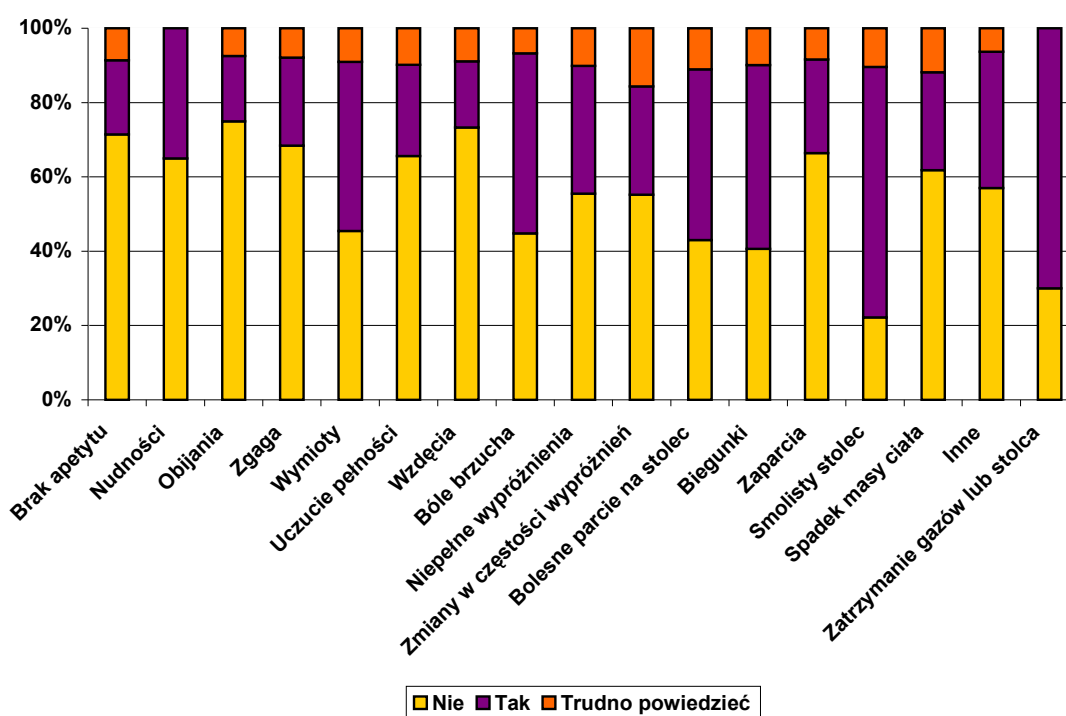
Pozostałe objawy, takie jak uczucie niepełnego wypróżnienia, zmiany w częstotliwości wypróżnień, uciążliwe biegunki, zaparcia, uczucie pełności, wymioty budziły niewielkie obawy u ponad połowy badanych skarżących się na te objawy. Natomiast bez emocji podchodzono do takich odczuwalnych objawów, jak: zgaga (63,2%), „odbijania” (60,0%), brak apetytu (60,0%), wzdęcia (44,6%) – (wykres 4.2.3).

Wykres 4.2.3. Traktowanie występujących objawów, jako symptomu poważnej choroby (dane w % osób, u których wystąpił dany objaw).



Poważnej choroby najbardziej obawiali się ci chorzy, u których wystąpiło nagłe zatrzymanie gazów lub stolca (70%), a także ci, którzy zaobserwowali u siebie pojawienie się smolistego stolca lub krwi w stolcu (67,4%). Ponad 40% respondentów podejrzewało u siebie poważną chorobę na podstawie takich objawów, jak uciążliwe biegunki, bóle brzucha, bolesne parcia na stolec, wymioty. Brak apetytu, szybka utrata wagi ciała czy zaparcia nasuwały myśli o poważnej chorobie u ponad 20% badanych (wykres 4.2.4).

Wykres 4.2.4. Objaw poważnej choroby (dane w % osób, u których wystąpił dany objaw).



Do najczęściej podejrzewanych u siebie chorób, według własnej subiektywnej oceny chorzy na raka jelita grubego zaliczyli: hemoroidy (32,5%), ogólną, niekonkretną chorobę przewodu pokarmowego np. niestrawność, „chorobę jelitową” itp. (11,9%), nowotwór przewodu pokarmowego (8,3%). Prawie 20% badanych nie potrafiło określić podejrzewanej choroby.

4.3. Poszukiwanie porad (wsparcia) w otoczeniu

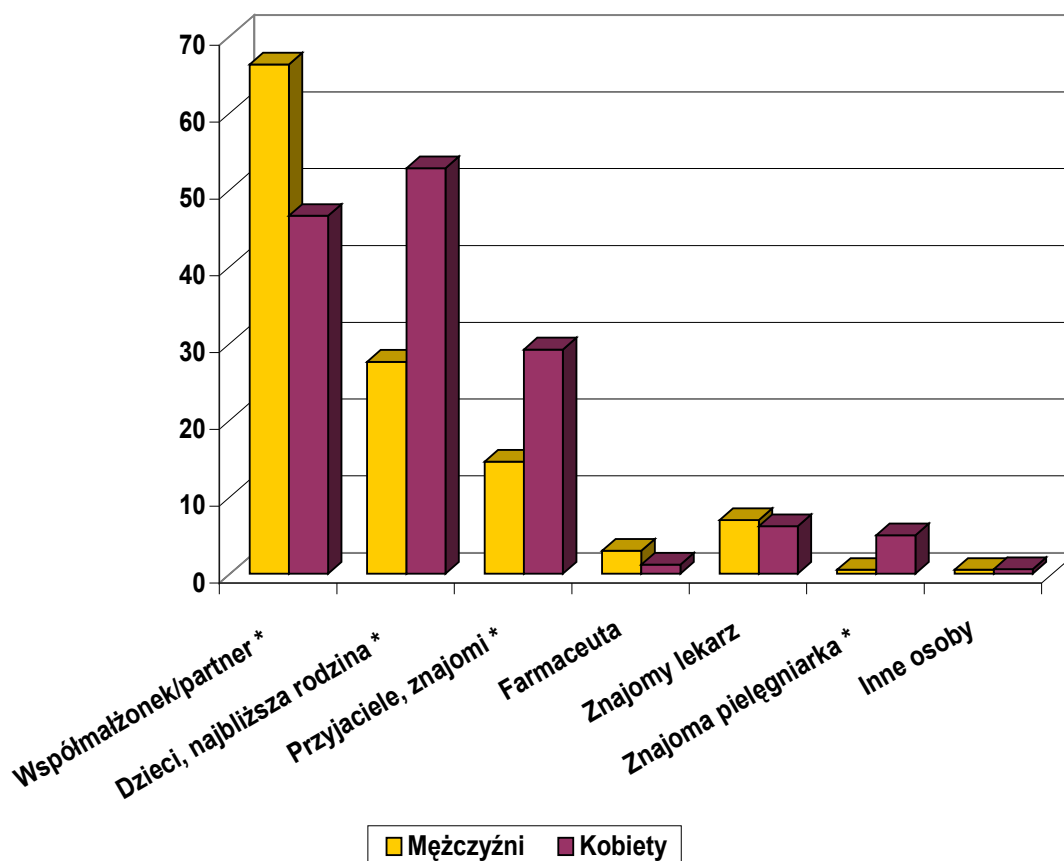
Odczuwając coraz wyraźniej dolegliwości chorobowe, badani zaczęli szukać pomocy w ich rozwiązaniu w swoim otoczeniu. Zdecydowanie najczęściej byli to członkowie najbliższej rodziny: współmałżonkowie (57,4%), dzieci, rodzice i rodzeństwo (38,9%). Około 1/5 badanych dzieliła się swoimi obawami i spostrzeżeniami dotyczącymi objawów

chorobowych z przyjaciółmi. Ze znajomymi lekarzami rozmawiało tylko kilkanaście osób (6,7%) – były to raczej konsultacje o charakterze prywatnej rozmowy.

Istnieją statystycznie znaczące różnice, w wyżej opisanych zachowaniach, między mężczyznami a kobietami. Mężczyźni istotnie częściej niż kobiety o swoich dolegliwościach rozmawiali z żonami/partnerkami – (66,3% vs 46,6%).

Kobiety natomiast wyraźnie chętniej dzieliły się opiniami na ten temat z dziećmi, rodzeństwem i rodzicami (52,8% vs 27,6%). Kobiety również istotnie częściej niż mężczyźni szukały wsparcia wśród przyjaciół i znajomych (29,2% vs 14,6%), a także u pielęgniarek (5,0% vs 0,5%) (wykres 4.3.1).

Wykres 4.3.1. Osoby, z którymi badani rozmawiali o swoich dolegliwościach – tylko odpowiedzi TAK (dane w %) według płci badanych.

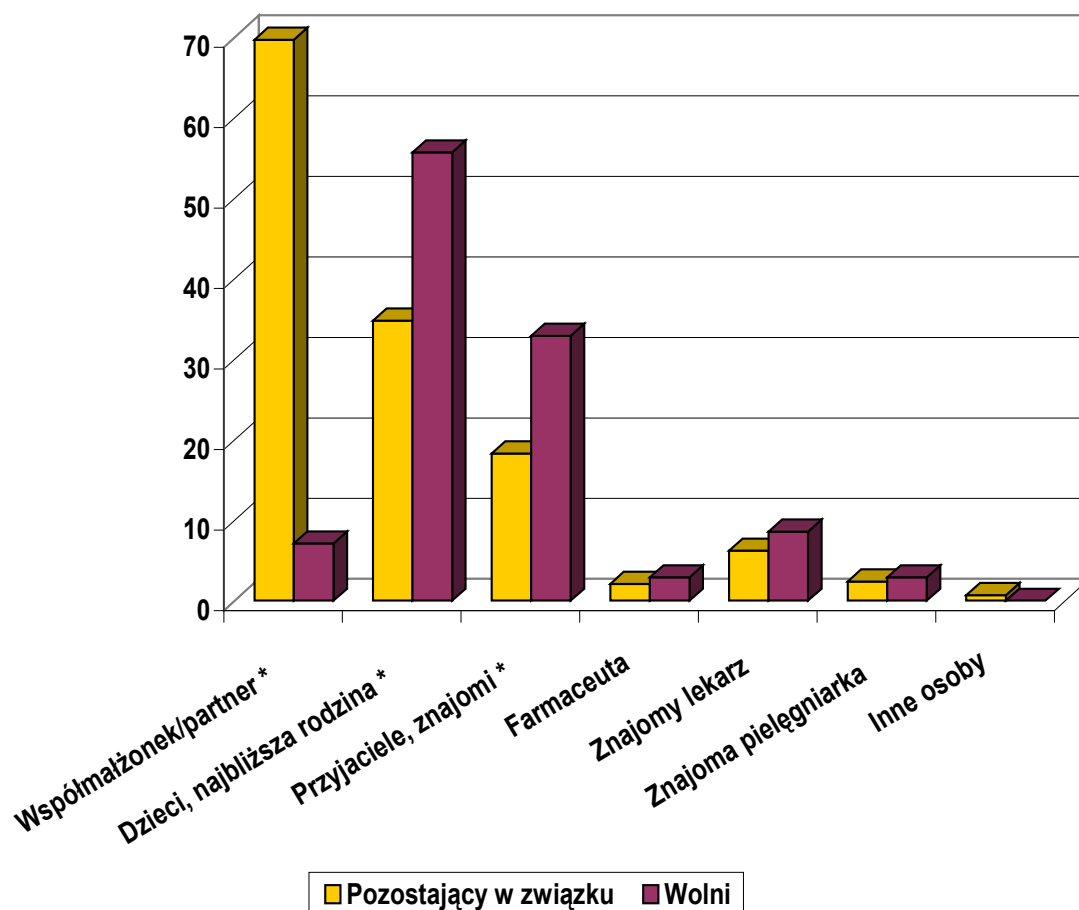


*p<0,05

Prawie 70% osób pozostających w związku małżeńskim, czy partnerskich o swoich dolegliwościach lub niepokojach związanych ze stanem zdrowia rozmawiało ze swoim współmałżonkiem/partnerem(ką). Natomiast prawie 60% osób stanu wolnego swoimi

niepokojami dzieliło się z dziećmi, rodzicami, rodzeństwem lub innymi członkami najbliższej rodziny, a ponad 30% ze swoimi przyjaciółmi i bliskimi znajomymi (wykres 4.3.2).

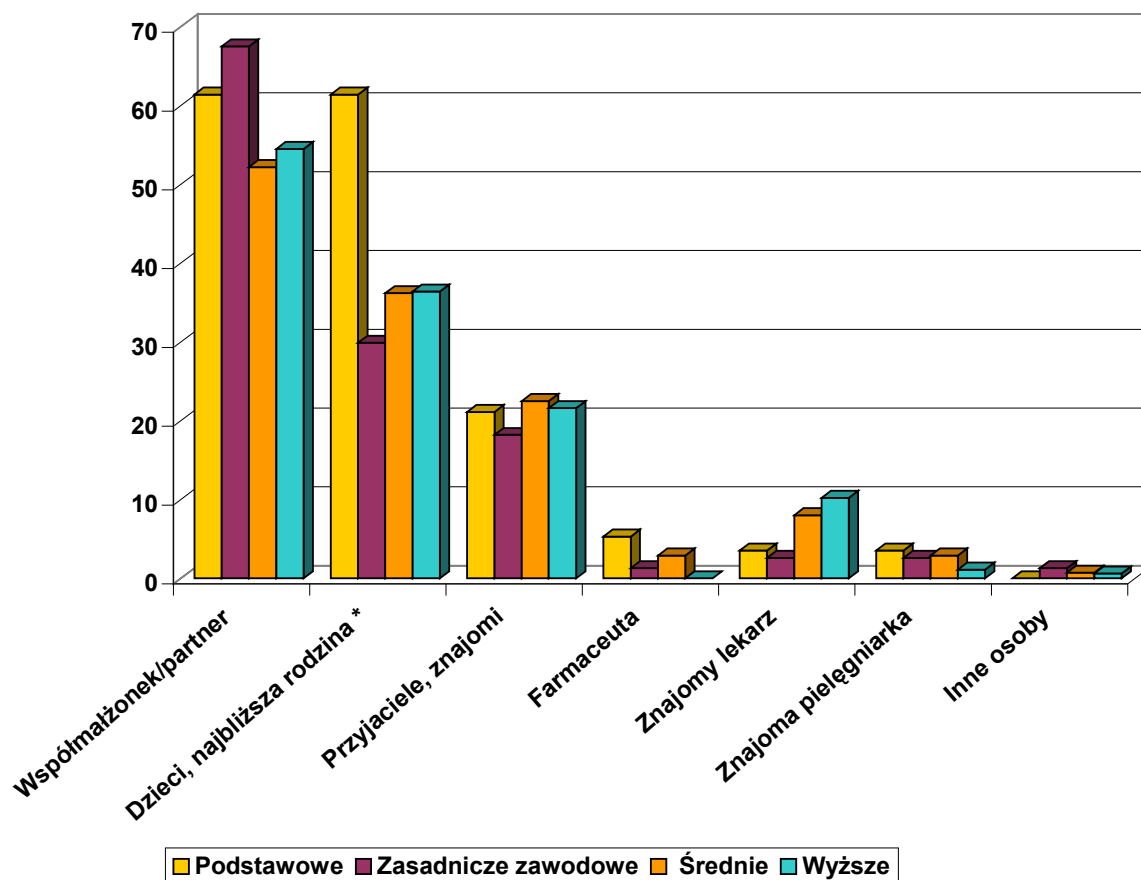
Wykres 4.3.2. Osoby, z którymi badani rozmawiali o swoich dolegliwościach – tylko odpowiedzi TAK (dane w %) według stanu cywilnego badanych.



*p<0,05

Zaobserwowano również statystycznie istotne różnice w zakresie wykształcenia oraz miejsca zamieszkania badanych. Osoby z wykształceniem podstawowym znacznie częściej o swoich dolegliwościach rozmawiały ze swoimi dziećmi, rodzeństwem i rodzicami (61,4%) niż osoby z wykształceniem zawodowym, średnim i wyższym (nie więcej niż 36,4%) (wykres 4.3.3).

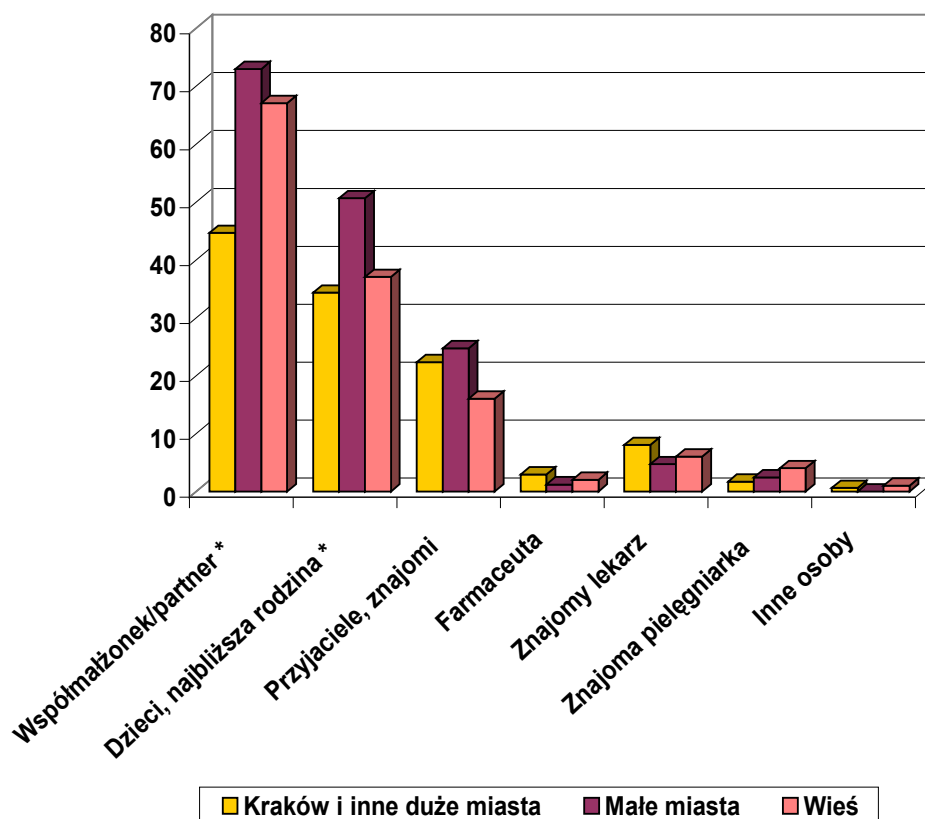
Wykres 4.3.3. Osoby, z którymi badani rozmawiali o swoich dolegliwościach – tylko odpowiedzi TAK (dane w %) według wykształcenia badanych.



*p<0,05

Osoby zamieszkujące małe miasta chętniej dzieliły się swoimi obserwacjami ze swoimi współmałżonkami/partnerami (72,9%), a także pozostałymi członkami najbliższej rodziny (50,6%), aniżeli mieszkańcy wsi (odpowiednio 67,0% i 37,0%) oraz Krakowa lub innych dużych miast (odpowiednio 44,6% i 34,3%) (wykres 4.3.4).

Wykres 4.3.4. Osoby, z którymi badani rozmawiali o swoich dolegliwościach – tylko odpowiedzi TAK (dane w %) według miejsca zamieszkania badanych.



***p<0,05**

Efektom rozmów były różne rady udzielane badanym. Najczęściej pojawiającą się radą była konieczność jak najszybszego zgłoszenia się do lekarza – 62,3% wskazań wśród mężczyzn i 50,9% wśród kobiet (różnica istotna statystycznie).

W kilku przypadkach badanym zalecano używanie określonych leków oraz czekanie – „być może objawy choroby ustąpią”. Nieliczne były propozycje stosowania metod medycyny niekonwencjonalnej. Sporadycznie także pojawiały się sugestie oddania się opiece Boga (modlitwa). W kilkunastu przypadkach chorzy nie otrzymali żadnej rady, przy czym istotnie częściej dotyczyło to kobiety (13,7%) niż mężczyzn (6,0%) (tabela 4.3.1).

Tabela 4.3.1. Rady, jakie respondenci uzyskiwali od otoczenia po przedstawieniu symptomów choroby – tylko odpowiedzi TAK.

Rady	Płeć			
	Mężczyźni		Kobiety	
	N=199	%	N=161	%
1. Natychmiast zgłosić się do lekarza	124	62,3*	82	50,9*
2. Poczekać i zobaczyć czy objawy ustąpią	10	5,0	14	8,7
3. Zażywać środki powszechnie dostępne	17	8,5	12	7,5
4. Szukać pomocy w medycynie niekonwencjonalnej	5	2,5	1	0,6
5. Zażywać leki przepisane przez lekarza osobie z podobnymi dolegliwościami	2	1,0	3	1,9
6. Zastosować inne sposoby leczenia	12	6,0	6	3,7
7. Modlić się	1	0,5	0	0,0
8. Inne rady	8	4,0	2	1,2
9. Nie udzielono żadnej rady	12	6,0*	22	13,7*

* $p < 0,05$

4.4. Działania podejmowane celem zmiany stanu zdrowia

Badani podejmowali próby stawiania własnych, prywatnych, nieprofesjonalnych diagnoz i szukania możliwości leczenia się we własnym zakresie bez pomocy lekarza.

Takie starania podejmowała prawie połowa badanych osób. Istotnie częściej były to kobiety (62,1%), niż mężczyźni (46,2 %).

Środki przeciwdziałania objawom były głównie oparte na doświadczeniach innych osób (np. chorych w rodzinie lub kręgu znajomych), fachowych publikacjach prasowych i specjalistycznej literaturze oraz reklamach.

W procesie samoleczenia – jak się wydaje – dość istotną rolę spełniało ziołolecznictwo. Na tym etapie choroby (przed udaniem się do lekarza) po zioła sięgnęła większość badanych, podczas gdy inne sposoby wykorzystywano nieporównanie rzadziej. Ziołami leczyły się częściej kobiety (33,5%), niż mężczyźni (27,6%).

Inne środki takie jak: nasiadówki np. z kory dębu, czopki w równym stopniu stosowane były zarówno przez mężczyzn, jak i kobiety. Natomiast istotnie częściej kobiety – w odróżnieniu do mężczyzn, próbowały się leczyć stosując maści do smarowania odbytu (10,6% vs 4,0%).

Po leki, krople żołądkowe częściej sięgali mężczyźni (5,0%) niż kobiety (4,3%). Środki przeciwbólowe także częściej były używane przez mężczyzn (6,5%) w porównaniu do kobiet (5,6%) (tabela 4.4.1).

Tabela 4.4.1. Podejmowane próby samoleczenia – tylko odpowiedzi TAK.

Sposoby leczenia	Płeć			
	Mężczyźni N=199		Kobiety N=161	
	N	%	N	%
R. próbował leczyć się samodzielnie*	92	46,2	100	62,1
R. stosował środki przeciwbólowe	13	6,5	9	5,6
R. zażywał mleczka	4	2,0	2	1,2
R. używał leków, kropli żołądkowych itp.	10	5,0	7	4,3
R. stosował zioła	55	27,6	54	33,5
R. zażywał leki przepisane przez lekarza osobie o podobnych objawach	0	0	0	0
R. stosował środki przeczyszczające	11	5,5	13	8,1
R. stosował nasiadówki	4	2,0	5	3,1
R. próbował leczyć się za pomocą smarowania maściami odbytu*	8	4,0	17	10,6
R. próbował leczyć się za pomocą czopków na hemoroidy	22	11,1	24	14,9
R. próbował leczyć się za pomocą innych środków	17	8,5	14	8,7

* $p < 0,05$

Samoleczenie nie było jedyną próbą walki z chorobą. Większość badanych w sposób istotny (60,2% kobiet oraz 44,2% mężczyzn) zmieniło także swój sposób żywienia, często dość zasadniczo. Przede wszystkim istotnie ograniczyli spożycie potraw ciężkostrawnych – uczyniło tak aż 41,6% kobiet i 29,6% mężczyzn. Badani deklarowali również spożywanie większej ilości gotowanych potraw (28% kobiet i 21,1% mężczyzn). Te typy działań wyraźnie dominowały nad innymi – podejmowanymi w celu zwalczenia choroby. Zarazem jednak 14,9% kobiet i 9,0% mężczyzn zaczęło jeść więcej surowych warzyw, owoców, około 9 % mężczyzn i kobiet starało się spożywać posiłki bardziej regularnie; 8,1% kobiet i 2,5% mężczyzn ograniczyło lub wyeliminowało spożywanie czekolady (różnica istotna statystycznie) (tabela 4.4.2).

Tabela 4.4.2. Zmiany w sposobie żywienia przed zgłoszeniem się do lekarza – tylko odpowiedzi TAK.

Rodzaj zmian	Płeć			
	Mężczyźni N=199		Kobiety N=161	
	N	%	N	%
R. w okresie pojawienia się objawów zmienił swój sposób żywienia *	88	44,2	97	60,2
R. ograniczył potrawy ciężkostrawne *	59	29,6	67	41,6
R. jadł więcej gotowanych potraw	42	21,1	45	28,0
R. jadł bardziej regularnie	19	9,5	15	9,3
R. trzymał ścisłą dietę	13	6,5	16	9,9
R. jadł więcej surowych warzyw, owoców	18	9,0	24	14,9
R. pił na czczo przegotowaną wodę	6	3,0	9	5,6
R. pił kefir, kwaśne mleko na noc	6	3,0	6	3,7
R. pił kompot ze śliwek	4	2,0	9	5,6
R. ograniczył ilość czekolady *	5	2,5	13	8,1
R. jadł otręby	4	2,0	7	4,3
R. jadł ciemne pieczywo	11	5,5	11	6,8

*p < 0,05

Celem prawie wszystkich tych zabiegów była poprawa funkcjonowania przewodu pokarmowego i uporanie się m. in. z zaparciami.

Wraz ze zmianą sposobu żywienia badani próbowali zmienić również inne elementy swego dotychczasowego stylu życia. Od momentu zaobserwowania u siebie objawów ze strony przewodu pokarmowego 16,1% kobiet i 12,1% mężczyzn całkowicie zrezygnowało z picia kawy. 4,0% mężczyzn i 3,1% kobiet całkowicie rzuciło palenie papierosów - jednak nadal, mimo choroby, paliło 15,6% mężczyzn i 13,7% kobiet. Istotnie częściej mężczyźni (17,1%) w porównaniu do kobiet (12,4%) przestali całkowicie spożywać alkohol.

Natomiast całkowicie ograniczyło swoją codzienną aktywność 8,1% kobiet i 7,5% mężczyzn, a u 34,2% mężczyzn i 31,1% kobiet zmiany w aktywności były częściowe (tabela 4.4.3).

Tabela 4.4.3. Zmiany stylu życia przed zgłoszeniem się do lekarza – tylko odpowiedzi TAK.

		Płeć			
		Mężczyźni N=199		Kobiety N=161	
		N	%	N	%
R. po wystąpieniu objawów ograniczył picie kawy	Nie	79	39,7	56	34,8
	Tak, częściowo	37	18,6	39	24,2
	Tak, całkowicie	24	12,1	26	16,1
	Nie dotyczy (nie pije kawy)	59	29,6	40	24,8
R. po wystąpieniu objawów ograniczył palenie papierosów	Nie	31	15,6	22	13,7
	Tak, częściowo	20	10,1	7	4,3
	Tak, całkowicie	8	4,0	5	3,1
	Nie dotyczy (nie pali)	140	70,4	127	78,9
R. po wystąpieniu objawów ograniczył picie alkoholu *	Nie	72	36,2	40	24,8
	Tak, częściowo	38	19,1	18	11,2
	Tak, całkowicie	34	17,1	20	12,4
	Nie dotyczy (nie pije alkoholu)	55	27,6	83	51,6
R. po wystąpieniu objawów ograniczył aktywność	Nie	116	58,3	98	60,9
	Tak, częściowo	68	34,2	50	31,1
	Tak, całkowicie	15	7,5	13	8,1

* $p < 0,05$

4.5. Ograniczenia codziennego funkcjonowania z powodu występujących objawów ze strony przewodu pokarmowego

Analiza pokazała, że wśród chorych z rakiem jelita grubego aktywnych zawodowo około 1/3 mężczyzn i kobiet potwierdziło wystąpienie utrudnień w wykonywaniu pracy zawodowej na skutek występujących objawów. Spośród badanych deklarujących wykonywanie ciężkich prac domowych, ponad 30% zarówno mężczyzn, jak i kobiet zgłaszało znaczne problemy w tym zakresie; 10% chorych obu płci stwierdziło, że występujące objawy utrudniały wykonywanie nawet lekkich prac domowych; około 25% mężczyzn i kobiet miało trudności z powodu występujących objawów w swobodnym poruszaniu się poza domem. Tyle samo mężczyzn, jak i kobiet było zmuszonych do leżenia w łóżku z powodu odczuwalnych dolegliwości, które zakłócały sen u 16,1% mężczyzn i 19,3% kobiet.

Na utrudnienia w poruszaniu się poza domem z powodu objawów ze strony przewodu pokarmowego częściej skarżyły się osoby starsze, powyżej 50 roku życia. Istotnie częściej osoby stanu wolnego aniżeli osoby pozostające w związkach deklarowały problemy z wykonywaniem zarówno ciężkich, jak i lekkich prac domowych. Również osoby stanu wolnego istotnie częściej - aniżeli pozostali badani - potwierdzały budzenie się ze snu z powodu występujących dolegliwości (tabela 4.5.1).

Tabela 4.5.1. Utrudnienia w codziennym funkcjonowaniu z powodu występowania objawów ze strony przewodu pokarmowego.

Objawy utrudniały lub uniemożliwiały	Płeć		Wiek			Stan cywilny	
	Mężczyźni	Kobiety	18 -50	51-60	61-70	Wolni	Małżeństwo/ konkubinat
Praca zawodowa #	40 (30,5%)	24 (29,3%)	24 (33,3%)	28 (32,2%)	12 (22,2%)	7 (20,0%)	57 (32,0%)
Wykonywanie ciężkich prac domowych ##	60 (30,9%)	54 (34,2%)	24 (30,4%)	41 (34,5%)	49 (31,8%)	29* (43,3%)	85* (29,8%)
Wykonywanie lekkich prac domowych ###	25 (12,6%)	25 (15,5%)	11 (13,6%)	14 (11,7%)	25 (15,8%)	15* (21,4%)	35* (12,1%)
Nie pozwalały poruszać się swobodnie (poza domem)	47 (23,6%)	41 (25,5%)	12** (14,8%)	33 ** (27,5%)	43** (27,0%)	19 (27,1%)	69 (23,8%)
Zmuszały do leżenia w łóżku	36 (18,1%)	29 (18,0%)	13 (16,0%)	22 (18,3%)	30 (18,9%)	15 (21,4%)	50 (17,2%)
Budziły ze snu	32 (16,1%)	31 (19,3%)	13 (16,0%)	21 (17,5%)	29 (18,2%)	20* (28,6%)	43* (14,8%)

* $p < 0,05$

** $p < 0,10$

procenty liczone w odniesieniu do osób, które pracowały zawodowo (N = 213)

procenty liczone w odniesieniu do osób, które deklarowały wykonywanie ciężkich prac domowych (N = 352)

procenty liczone w odniesieniu do osób, które deklarowały wykonywanie lekkich prac domowych (N = 359)

4.6. Zmiany w stanie emocjonalnym spowodowane występowaniem objawów ze strony przewodu pokarmowego

Obserwowane objawy chorobowe spowodowały znaczne zmiany w stanie emocjonalnym badanych. Rozdrażnienie było charakterystyczne dla 21,6% mężczyzn i 26,7% kobiet, zniechęcenie w podobnym stopniu przejawiali zarówno mężczyźni, jak i kobiety. Podenerwowanie faktem, że objawy nie ustępują bardziej odczuwały kobiety (64,6%) niż mężczyźni (57,8%). Szczególnie istotne różnice w reakcjach na objawy chorobowe wystąpiły pomiędzy mężczyznami i kobietami w stopniu odczuwania lęku: 39,1% kobiet w porównaniu do 26,1% mężczyzn potwierdziło odczuwanie lęku z powodu występujących objawów. Poczucie rezygnacji było nieznacznie większe wśród kobiet (8,7%) niż u mężczyzn (5,5%). Natomiast gotowość do walki z chorobą nieco częściej deklarowali mężczyźni (16,1%) aniżeli kobiety (15,5%). Osoby stanu wolnego były istotnie częściej podenerwowane występowaniem objawów niż osoby pozostające w związkach (71,4% vs 58,3%).

Osoby z wykształceniem podstawowym (40,4%) i wyższym (37,3%) istotnie częściej potwierdziły odczuwanie lęku z powodu objawów aniżeli osoby z wykształceniem zawodowym (22,1%) czy średnim (29,8%). Podobnie poczucie rezygnacji dominowało u osób z wykształceniem podstawowym (12,3%) i wyższym (9,8%) w porównaniu do osób z wykształceniem zawodowym (1,3%) i średnim (5,6%). Istotnie częściej objawami ze strony przewodu pokarmowego podenerwowani byli mieszkańcy wsi (70,0%) aniżeli małych miast (51,8%). Tych ostatnich – istotnie częściej - cechowała też chęć walki z chorobą w porównaniu do mieszkańców wsi (21,2% vs 6,0%) (tabela 4.6.1 oraz tabela 4.6.2).

Tabela 4.6.1. Występowanie stanów emocjonalnych wywołanych przez objawy ze strony przewodu pokarmowego a płeć i miejsce zamieszkania- tylko odpowiedzi „TAK”.

Objawy powodowały	Płeć		Miejsce zamieszkania		
	Mężczyźni	Kobiety	Kraków i inne duże miasta	Małe miasta	Wieś
Rozdrażnienie	43 (21,6%)	43 (26,7%)	48 (27,4%)	20 (23,5%)	18 (18,0%)
Zniechęcenie	36 (18,1%)	32 (19,9%)	33 (18,9%)	18 (21,2%)	17 (17,0%)
Podenerwowanie	115 (57,8%)	104 (64,6%)	105 (60,0%)*	44 (51,8%)*	70 (70,0%)*
Lęk	52 (26,1%)*	63 (39,1%)*	56 (32,0%)	21 (24,7%)	38 (38,0%)
Rezygnację	11 (5,5%)	14 (8,7%)	14 (8,0%)	4 (4,7%)	7 (7,0%)
Chęć walki, przeciwstawienia się chorobie	32 (16,1%)	25 (15,5%)	33 (18,9%)*	18 (21,2%)*	6 (6,0%)*

* $p < 0,05$

Tabela 4.6.2. Występowanie stanów emocjonalnych wywołanych przez objawy ze strony przewodu pokarmowego a stan cywilny i wykształcenie - tylko odpowiedzi „TAK”.

Objawy powodowały	Stan cywilny		Wykształcenie			
	Wolni	Pozostający w związku	Podstawowe	Zas. Zawodowe	Średnie	Wyższe
Rozdrażnienie	20 (28,6%)	66 (22,8%)	14 (24,6%)	18 (23,4%)	30 (24,2%)	24 (23,5%)
Zniechęcenie	15 (21,4%)	53 (18,3%)	12 (21,1%)	17 (22,1%)	21 (16,9%)	18 (17,6%)
Podenerwowanie	50 (71,4%)*	169 (58,3%)*	36 (63,2%)	55 (71,4%)	74 (59,7%)	54 (52,9%)
Lęk	19 (27,1%)	96 (33,1%)	23 (40,4%)*	17 (22,1%)*	37 (29,8%)*	38 (37,3%)*
Rezygnację	3 (4,3%)	22 (7,6%)	7 (12,3%)*	1 (1,3%)*	7 (5,6%)*	10 (9,8%)*
Chęć walki, przeciwstawienia się chorobie	13 (18,6%)	44 (15,2%)	8 (14,0%)	9 (11,7%)	20 (16,1%)	20 (19,6%)

*p < 0,05

4.7. Charakterystyka zachowań w czasie choroby

W okresie, kiedy objawy ze strony przewodu pokarmowego nie ustępowały, chorzy zachowywali się bardziej lub mniej aktywnie lub pasywnie, objawiali wolę walki lub popadali w rezygnację. Zachowania te zostały pogrupowane na zachowania pozytywne i negatywne.

Istotnie chętniej kobiety rozmawiały o swoim samopoczuciu aniżeli mężczyźni. Podobnie kobiety częściej aniżeli mężczyźni próbowały uzyskać jak najwięcej informacji o przyczynach i skutkach dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego. Częściej – w porównaniu do mężczyzn, oddawały się praktykom religijnym. Równocześnie jednak to właśnie kobiety istotnie częściej obawiały się o stan swojego zdrowia, a także użalały się nad sobą. Kobiety również istotnie częściej zaakceptowały chorobę, uważając, że nie mogą nic w tej sprawie zrobić (tabela 4.7.1).

Tabela 4.7.1. Zachowania, jakie przejawiali pacjenci, kiedy objawy ze strony przewodu pokarmowego nie ustępowały według płci badanych (w %).

Rodzaje zachowań	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem
Rozmawiał(a) z różnymi osobami o tym jak się czuje *	39,7	54,7	46,4
Starał(a) się być bardzo aktywnym w domu, pracy	68,8	73,9	70,0
Miał(a) nadzieję, że wszystko będzie w porządku, objawy ustąpią	86,9	90,1	88,3
Porównywał(a) wcześniejsze kłopoty ze zdrowiem z obecną sytuacją, szukał(a) jakiegoś rozwiązania	42,7	49,7	45,8
Próbował(a) jak najwięcej dowiedzieć się o przyczynach i skutkach swoich dolegliwości, aby zrozumieć swój stan zdrowia *	56,3	79,5	66,7
Myślał(a) co należy zrobić aby wyzdrowieć	87,4	91,9	89,4
Miał(a) nadzieję, że stan zdrowia poprawi się	93,0	91,9	92,5
Próbował(a) pomóc lekarzowi w decyzji o sposobie leczenia, starał(a) się współpracować, aby leczenie było jak najbardziej skuteczne	80,4	82,0	81,1
Chciał(a) mieć wpływ na to co się dzieje z jej(jego) zdrowiem	86,4	89,4	87,8
Jest wdzięczny(a) za przejawy zrozumienia ze strony innych	98,0	99,4	98,6
Stara się panować nad swoimi uczuciami, aby nie miały wpływu na inne sprawy	96,0	95,0	95,6
Kieruje swoje myśli na inne sprawy nie związane ze zdrowiem	90,5	92,5	91,4
Próbuje nie pamiętać o chorobie	81,9	83,9	82,8
Stara się uciec od choroby, robiąc rzeczy, które przynoszą relaks, odprężenie	93,0	93,8	93,3
Modlił(a) się *	83,4	95,7	88,9
Unikał(a) spotkań z ludźmi	14,1	12,4	13,3
Winił(a) się za obecny stan zdrowia	24,6	19,3	22,2
Był(a) zły(a) na cały świat, że zachorował(a)	11,6	12,4	11,9
Obawiał(a) się, że może być źle z jej (jego) zdrowiem *	66,8	78,3	71,9
Użał(a) się nad sobą *	15,6	36,0	24,7
Starał(a) się trzymać w tajemnicy problemy zdrowotne	41,2	33,5	37,8
Zaakceptował(a) swoją chorobę ponieważ nic nie można zmienić *	67,8	78,3	72,5

*p<0,05

Analiza relacji pomiędzy wykształceniem a zachowaniami w chorobie wykazała również pewne zależności istotne statystycznie. Bardziej aktywne zarówno w domu, jak i w pracy były osoby z wykształceniem średnim, natomiast o przyczynach i skutkach swoich dolegliwości istotnie częściej starały się zdobyć informacje osoby z wykształceniem średnim i wyższym. Podobnie osoby te istotnie częściej próbowały współpracować z lekarzem, aby leczenie było jak najbardziej skuteczne. Natomiast częściej zwracały się do Boga (modliły się) osoby z wykształceniem najniższym (podstawowym i zasadniczym zawodowym).

Osoby z wykształceniem podstawowym i, co ciekawe, z wyższym częściej unikały spotkań z ludźmi. Respondenci z wyższym wykształceniem częściej także winili się za obecny stan zdrowia w porównaniu do osób z wykształceniem podstawowym. Nad sobą i swoim losem istotnie częściej użalały się osoby z wykształceniem podstawowym (tabela 4.7.2).

Tabela 4.7.2. Zachowania, jakie przejawiali pacjenci, kiedy objawy ze strony przewodu pokarmowego nie ustępowały według wykształcenia badanych.

Rodzaje zachowań	Podstaw.	Zas. zaw.	Średnie	Wyższe	Ogółem
Rozmawiał(a) z różnymi osobami o tym jak się czuje	43,9	40,3	55,1	39,8	46,4
Staral(a) się być bardzo aktywnym w domu, pracy *	70,2	66,2	79,0	59,1	70,0
Miał(a) nadzieję, że wszystko będzie w porządku, objawy ustąpią	84,2	88,3	92,8	84,1	88,3
Porównywał(a) wcześniejsze kłopoty ze zdrowiem z obecną sytuacją, szukał(a) jakiegoś rozwiązania	38,6	45,5	53,6	38,6	45,8
Próbował(a) jak najwięcej dowiedzieć się o przyczynach i skutkach swoich dolegliwości, aby zrozumieć swój stan zdrowia *	50,9	54,5	76,8	71,6	66,7
Myślał(a) co należy zrobić aby wyzdrowieć	84,2	89,6	92,8	87,5	89,4
Miał(a) nadzieję, że stan zdrowia poprawi się	91,2	93,5	92,0	93,2	92,5
Próbował(a) pomóc lekarzowi w decyzji o sposobie leczenia, starał(a) się współpracować, aby leczenie było jak najbardziej skuteczne *	63,2	76,6	88,4	85,2	81,1
Chciał(a) mieć wpływ na to co się dzieje z jej(jego) zdrowiem	82,5	81,8	92,8	88,6	87,8
Jest wdzięczny(a) za przejawy zrozumienia ze strony innych	100,0	98,7	97,1	100,0	98,6
Stara się panować nad swoimi uczuciami, aby nie miały wpływu na inne sprawy	94,6	98,7	97,1	92,0	95,8
Kieruje swoje myśli na inne sprawy nie związane ze zdrowiem	91,2	89,6	91,3	93,2	91,4
Próbuje nie pamiętać o chorobie	77,2	85,7	84,8	80,7	82,8
Stara się uciec od choroby, robiąc rzeczy, które przynoszą relaks, odprężenie	91,2	94,8	93,5	93,2	93,3
Modlił(a) się *	96,5	93,5	89,9	78,4	88,9
Unikał(a) spotkań z ludźmi *	19,3	11,7	8,0	19,3	13,3
Winil(a) się za obecny stan zdrowia *	8,8	24,7	22,5	28,4	22,2
Był(a) zły(a) na cały świat, że zachorował(a)	15,8	14,3	10,1	10,2	11,9
Obawiał(a) się, że może być źle z jej (jego) zdrowiem	73,7	75,3	76,1	61,4	71,9
Użał(a) się nad sobą *	38,6	20,8	26,8	15,9	24,7
Staral(a) się trzymać w tajemnicy problemy zdrowotne	31,6	32,5	40,6	42,0	37,8
Zaakceptował(a) swoją chorobę ponieważ nic nie można zmienić	68,4	79,2	75,4	64,8	72,5

*p<0,05

4.8. Przyczyny zgłoszenia się do lekarza

Podjęcie decyzji o szukaniu pomocy medycznej jest zwykle wypadkową wielu indywidualnych i środowiskowych uwarunkowań, które rzutują na sposób postrzegania i interpretowania występujących objawów. Zróżnicowany okres, jaki upływa od momentu zaobserwowania przez chorego lub jego otoczenie objawów chorobowych do podjęcia decyzji o zgłoszeniu się do lekarza, zależy od wielu czynników, takich jak: rozpoznawalność objawów oraz ocena zagrożeń, jakie niosą one dla zdrowia bądź życia; stopień, w jakim występujące objawy zaburzają codzienne funkcjonowanie; niewątpliwym wpływ ma również wiedza na temat choroby, wyobrażenia o przyczynie objawów i sposób ich interpretacji itp. Wiele osób odczuwa silny lęk przed pewnymi chorobami lub lekarzami. Lęk ten nasila się w przypadku podejrzewania u siebie choroby nowotworowej i może opóźniać podjęcie decyzji o szukaniu fachowej pomocy.

Głównym powodem wizyty u lekarza, w trakcie, której zgłoszono pierwszy raz niepokojące objawy ze strony przewodu pokarmowego dla 87,8% ogółu badanych było celowe zgłoszenie się do lekarza z powodu tych właśnie dolegliwości. Objawami, które w najwyższym stopniu skłoniły chorych do pójścia do lekarza były: smolisty stolec lub krew w stolcu (62,8% mężczyzn i 53,4% kobiet), uporczywe bóle brzucha (26,1% mężczyzn i 29,8% kobiet) oraz uciążliwe biegunki (15,6% mężczyzn i 14,3% kobiet) (tabela 4.8.1).

Tabela 4.8.1. Objawy, które skłoniły respondentów do zgłoszenia się do lekarza.

Rodzaj objawów	Występowanie objawów N=360	Objawy, które skłoniły respondentów do zgłoszenia się do lekarza	
		Mężczyźni (N=199)	Kobiety (N=161)
Brak apetytu	5 (1,4%)	3(1,5%)	2 (1,2%)
Nudności	3 (0,8%)	1 (0,5%)	2 (1,2%)
Odbijania	10 (2,8%)	7 (3,5%)	3 (1,9%)
Zgaga	10 (2,8%)	7 (3,5%)	3 (1,9%)
Wymioty	9 (2,5%)	4 (2%)	5 (3,1%)
Wzdęcia	33(9,2%)	15 (7,5%)	18 (11,2%)
Uczucie pełności	13 (3,6%)	10 (5%)	3 (1,9%)
Bóle brzucha	100 (27,8%)	52 (26,1%)	48 (29,8%)
Uczucie niepełnego wypróżnienia	44 (12,2%)	31 (15,6%)	13 (8,1%)
Zmiany w częstotliwości wypróżnień	26 (7,2%)	15 (7,5%)	11 (6,8%)
Bolesne parcie na stolec	49 (13,6%)	29 (14,6%)	20(12,4%)
Uciążliwe biegunki	54 (15%)	31 (15,6%)	23 (14,3%)
Zaparcia stolca	45 (12,5%)	25(12,6%)	20 (12,4%)
Smolisty stolec/krew w stolcu	211 (58,6%)	125 (62,8%)	86 (53,4%)
Szybka utrata wagi	16 (4,4%)	12 (6%)	4 (2,5%)
Nagłe zatrzymanie gazów i stolca	6 (1,7%)	2 (1%)	4 (2,5%)
Inne	54 (15%)	24 (12,1%)	30 (18,6%)

Istotnie częściej kobiety aniżeli mężczyźni zwlekali ze zgłoszeniem się do lekarza za przyczynę podając, iż były zajęte innymi sprawami i nie miały czasu na chorowanie (55,3% vs 34,5%). Podobnie tłumaczyły się osoby poniżej 50 roku życia, które z tego powodu istotnie częściej zwlekaly z wizytą u lekarza niż osoby starsze powyżej 60 roku życia (73,9% vs 24,4%). Taka sama istotna zależność pojawiła się odnośnie miejsca zamieszkania. Dwukrotnie częściej mieszkańcy wsi byli zajęci innymi sprawami niż mieszkańcy małych miast. Inne przyczyny zwlekania z pójściem do lekarza deklarowały osoby stanu wolnego w porównaniu do osób pozostających w związkach (tabela 4.8.2 oraz tabela 4.8.3).

Tabela 4.8.2. Powody, które według respondentów spowodowały późniejsze zgłoszenie się do lekarza a płeć i wiek – tylko odpowiedzi „TAK”.

	Płeć		Wiek		
Powody zwlekania	Mężczyźni	Kobiety	18-50	51-60	61-70
Objawy wydawały się mało ważne	85 (75,2%)	44 (63,5%)	27 (58,7%)	53 (75,7%)	59 (72,0%)
Byłem(am) zajęty(a) innymi sprawami	39 (34,5%)*	47 (55,3%)*	34 (73,9%)*	32 (45,7%)*	20 (24,4%)*
Obawiałem(am) się poważnej choroby	19 (16,8%)	12 (14,1%)	10 (21,7%)	6 (8,6%)	15 (18,3%)
Obawiałem(am) się długiego czekania na badania	1 (0,9%)	1 (1,2%)	1 (2,2%)	0 (0,0%)	1 (1,2%)
Wstydzilem(am) się objawów	2 (1,8%)	2 (2,4%)	0 (0,0%)	1 (1,4%)	3 (3,7%)
Nie miałem(am) pieniędzy na badania	0 (0,0%)	1 (1,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,2%)
Obawiałem(am) się nieprzyjemnych doznań w trakcie badań	3 (2,7%)	2 (2,4%)	1 (2,2%)	0 (0,0%)	4 (4,9%)
Inne przyczyny	11 (9,7%)	11 (12,9%)	2 (4,3%)	10 (14,3%)	10 (12,2%)

***p < 0,05**

Tabela 4.8.3. Powody, które według respondentów spowodowały późniejsze zgłoszenie się do lekarza a stan cywilny i miejsce zamieszkania– tylko odpowiedzi „TAK”.

	Stan cywilny		Miejsce zamieszkania		
Powody zwlekania	Wolni	Zamężne/ żonaci	Kraków i inne duże miasta	Małe miasta	Wieś
Objawy wydawały się mało ważne	24 (60,0%)	115 (72,8%)	60 (68,2%)	39 (70,9%)	40 (72,7%)
Byłem(am) zajęty(a) innymi sprawami	18 (45,0%)	68 (43,0%)	39 (44,3%)*	15 (27,3%)*	32 (58,2%)*
Obawiałem(am) się poważnej choroby	3 (7,5%)	28 (17,7%)	11 (12,5%)	10 (18,2%)	10 (18,2%)
Obawiałem(am) się długiego czekania na badania	1 (2,5%)	1 (0,6%)	1 (1,1%)	0 (0,0%)	1 (1,8%)
Wstydziłem(Am) się objawów	1 (2,5%)	3 (1,9%)	3 (3,4%)	1 (1,8%)	0 (0,0%)
Nie miałem(am) pieniędzy na badania	1 (2,5%)*	0 (0,0%)*	1 (1,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Obawiałem(am) się nieprzyjemnych doznań w trakcie badań	1 (2,5%)	4 (2,5%)	2 (2,3%)	2 (3,6%)	1 (1,8%)
Inne przyczyny	9 (22,5%)*	13 (8,2%)*	14 (15,9%)	6 (10,9%)	2 (3,6%)

***p < 0,05**

Analiza wielowymiarowa na podstawie modelu regresji logistycznej pokazała, że do najważniejszych czynników zwiększających ryzyko późniejszego zgłoszenia się do lekarza (dłużej niż 6 miesięcy od momentu zaobserwowania pierwszych objawów) wśród kobiet zaliczono zmianę sposobu żywienia (ISz = 5,79; 95%PU (1,70-19,7)), lekceważenie objawów (ISz = 6,98; 95%PU (2,25–21,7) oraz zaabsorbowanie innymi sprawami – zawodowymi, rodzinnymi itp. (ISz = 3,47; 95%PU (1,07–11,2)). Kobiety, które o swoich dolegliwościach rozmawiały ze współmałżonkiem istotnie szybciej podejmowały decyzję o zgłoszeniu się do lekarza (ISz = 0,23; 95%PU (0,07-0,83)). Mężczyźni, którzy uważali, że objawy ze strony przewodu pokarmowego, jakie zaobserwowali u siebie były mało ważne piętnaście razy częściej zwlekali ze zgłoszeniem się do lekarza aniżeli pozostali (tabela 4.8.4).

Tabela 4.8.4. Czynniki wpływające na zgłoszenie się do lekarza po 6 lub więcej miesiącach od wystąpienia objawów (model regresji logistycznej).

Predykatory	Płeć	
	Mężczyźni	Kobiety
	ISz (95%PU)	
Wiek (>50 lat)	0,61 (0,21 – 1,77)	1,28 (0,34 – 4,82)
Wykształcenie (średnie)	0,44 (0,15 – 1,29)	0,90 (0,28 – 2,94)
Wykształcenie (wyższe)	1,39 (0,50 – 3,87)	0,33 (0,80 – 1,44)
Stan cywilny (wolny)	0,68 (0,14 – 3,25)	0,28 (0,72 – 1,15)
Miejsce zamieszkania (małe miasto)	0,66 (0,21 – 2,08)	0,93 (0,25 – 3,44)
Miejsce zamieszkania (wieś)	0,63 (0,21 – 1,83)	0,38 (0,81 – 1,82)
Grupa II – objawy	0,70 (0,22 – 2,21)	1,78 (0,42 – 7,37)
Grupa III – objawy	0,58 (0,20 – 1,65)	0,83 (0,20 – 3,48)
Samoleczenie	1,40 (0,59 – 3,29)	2,61 (0,77 – 8,77)
Zmiana żywienia	1,02 (0,44 – 2,37)	5,79 (1,70 – 19,7)
Ograniczenie spożycia kawy	1,22 (0,52 – 2,88)	0,61 (0,21 – 1,78)
Rozmowa ze współmałżonkiem	0,82 (0,29 – 2,30)	0,23 (0,07 – 0,83)
Rozmowa z przyjaciółmi	1,10 (0,39 – 3,07)	0,80 (0,25 – 2,54)
Zwleknięcie z pójściem do lekarza z powodu małej wagi objawów	15,1 (5,59 – 41,0)	6,98 (2,25 – 21,7)
Zwleknięcie z pójściem do lekarza z powodu zaabsorbowania innymi sprawami	0,78 (0,28 – 2,16)	3,47 (1,07 – 11,2)

Średnia czasu od wystąpienia objawów do zgłoszenia się do lekarza wynosiła 10 miesięcy. Kobiety o dwa miesiące dłużej zwlekały z pójściem do lekarza aniżeli mężczyźni (tabela 4.8.5).

Tabela 4.8.5. Czas (w miesiącach), jaki upłynął od momentu wystąpienia pierwszych objawów ze strony przewodu pokarmowego do chwili zgłoszenia się do lekarza według płci.

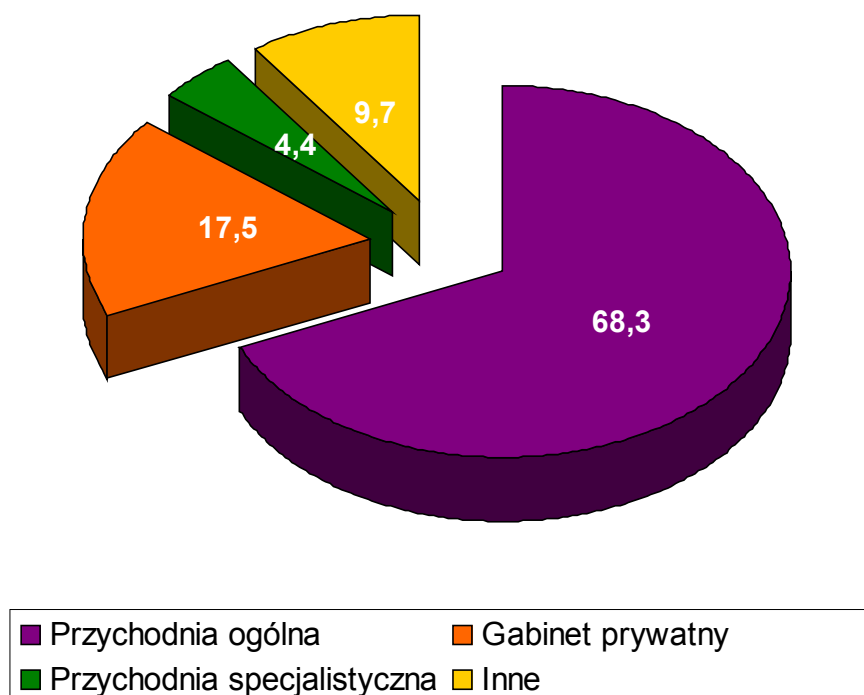
Czas	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
Średnia	10,07	9,06	11,33
Odchylenie standardowe	27,06	25,20	29,26
Mediana	2	2	2
(Q3-Q1)/2	2,75	2,75	2,75

$p = 0,6615$ (test Mann'a-Whitney'a)

4.9. Leczenie u pierwszego lekarza

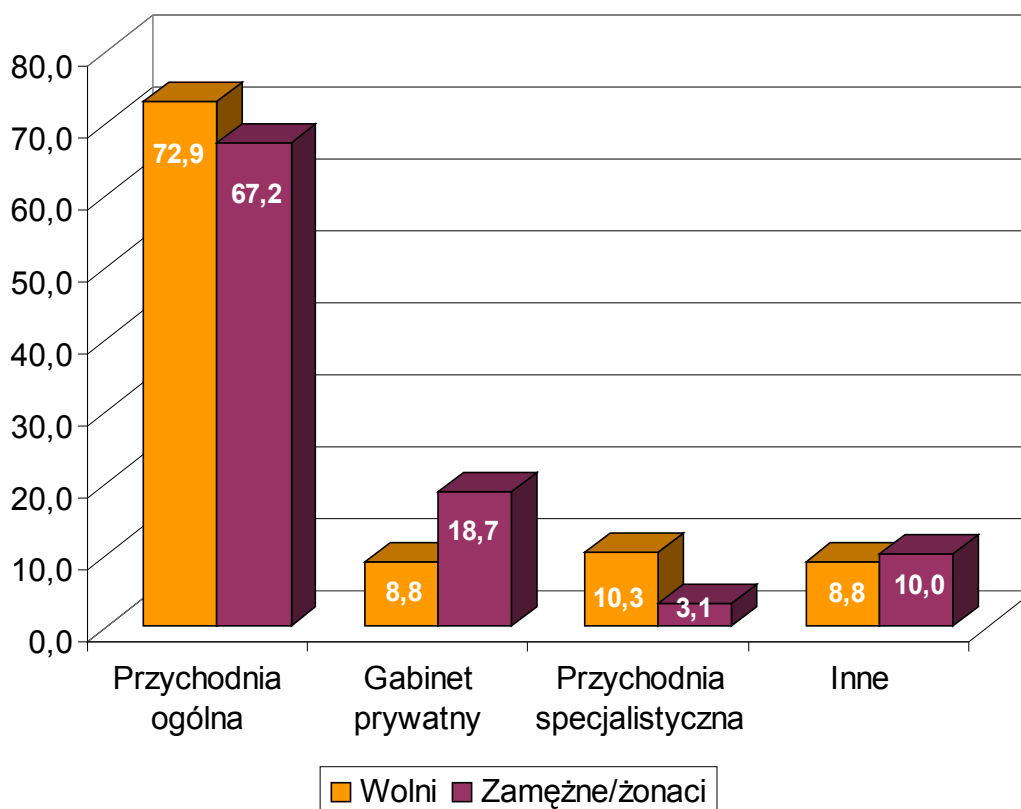
Pierwszym lekarzem, do którego chorzy najczęściej zgłaszali się ze swoimi dolegliwościami był lekarz pracujący w przychodni ogólnej (68,3%). Nie mniej 17,5% badanych udało się z pierwszą wizytą do lekarza przyjmującego w gabinecie prywatnym, a tylko 4,4% ogółu badanych na miejsce swojej pierwszej wizyty wybrało przychodnię specjalistyczną (wykres 4.9.1).

Wykres 4.9.1. Miejsce pracy pierwszego lekarza, do którego zgłosili się badani – dane w %.



Ponad trzykrotnie częściej do lekarza w przychodni specjalistycznej zgłaszały się osoby stanu wolnego aniżeli osoby pozostające w związkach, natomiast te ostatnie – w odróżnieniu do osób samotnych - dwa razy częściej na pierwszą wizytę udały się do lekarza przyjmującego w gabinecie prywatnym (wykres 4.9.2).

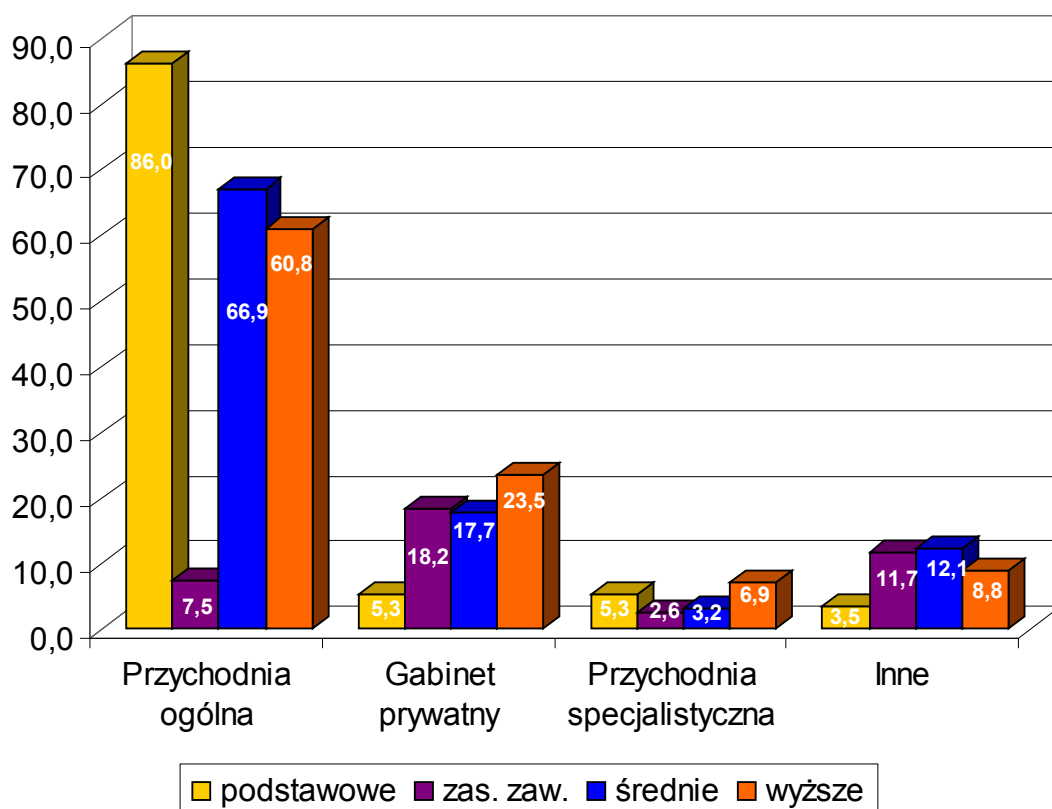
Wykres 4.9.2. Miejsce leczenia u pierwszego lekarza według stanu cywilnego badanych (dane w %).



p < 0,05

Osoby z wykształceniem podstawowym częściej aniżeli osoby z wykształceniem wyższym wybierały lekarza pracującego w przychodni ogólnej. Natomiast osoby z wykształceniem wyższym ponad cztery razy częściej udawały się po poradę do gabinetu prywatnego aniżeli osoby z wykształceniem podstawowym (wykres 4.9.3).

Wykres 4.9.3. Miejsce leczenia u pierwszego lekarza według wykształcenia badanych (dane w %).

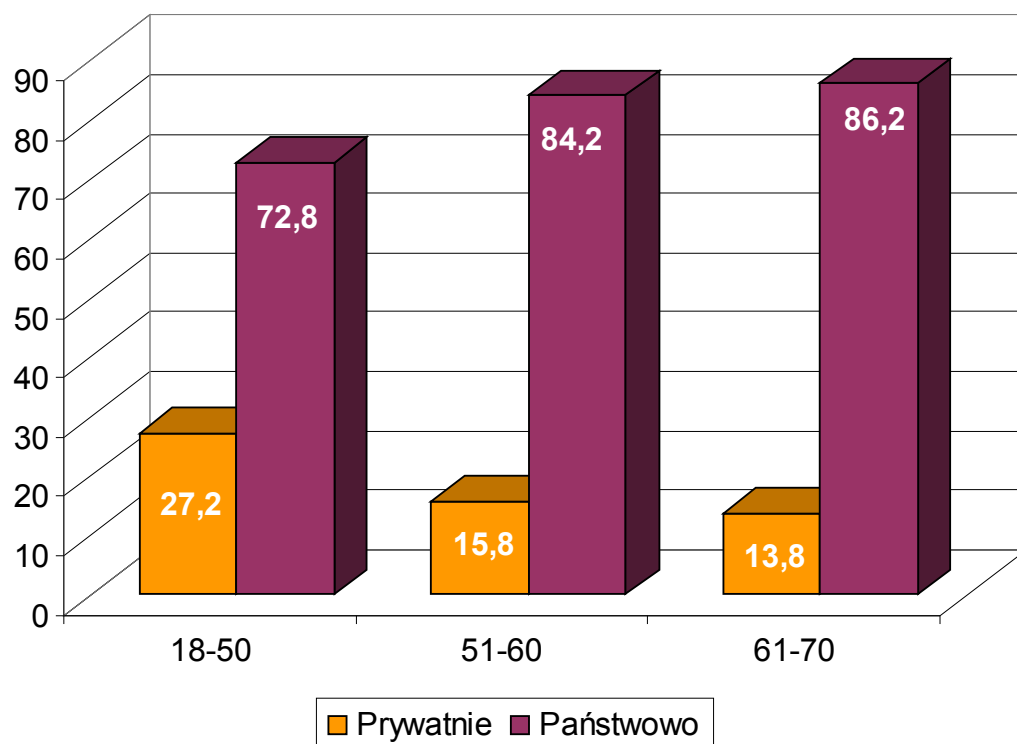


$p < 0,10$

Spośród 360 respondentów aż 297 (82,5%) na pierwszą wizytę udało się do lekarza pracującego w państwowej służbie zdrowia, a 63 (17,5%) badanych zwróciło się po raz pierwszy po poradę do lekarza pracującego w prywatnej służbie zdrowia. Nie zaobserwowano istotnych różnic w wyborze miejsca pracy lekarza pomiędzy mężczyznami a kobietami – 82,9% mężczyzn i 82,0% kobiet wybrało lekarza pracującego w państwowej instytucji medycznej, a prywatne placówki wybrało 17,1% mężczyzn i 18,0% kobiet. Podobnie istotnych różnic nie stwierdzono jeżeli chodzi o miejsce zamieszkania respondentów. Jednak wydaje się, że częściej lekarza pracującego w państwowej służbie zdrowia niż pracującego w prywatnych placówkach wybierali mieszkańcy wsi (86,0% vs 14,0%) aniżeli mieszkańcy małych miast, czy Krakowa oraz innych dużych miast (ok. 81% vs 19%).

Natomiast istotnie wybór miejsca pracy lekarza zależał od wieku badanych. Osoby młodsze – poniżej 50-tego roku życia zdecydowanie częściej wybierały lekarzy pracujących w prywatnych placówkach służby zdrowia aniżeli osoby starsze (wykres 4.9.4).

Wykres 4.9.4. Rodzaj placówki (państwowa, prywatna) ze względu na sposób jej finansowania według wieku badanych (dane w %).

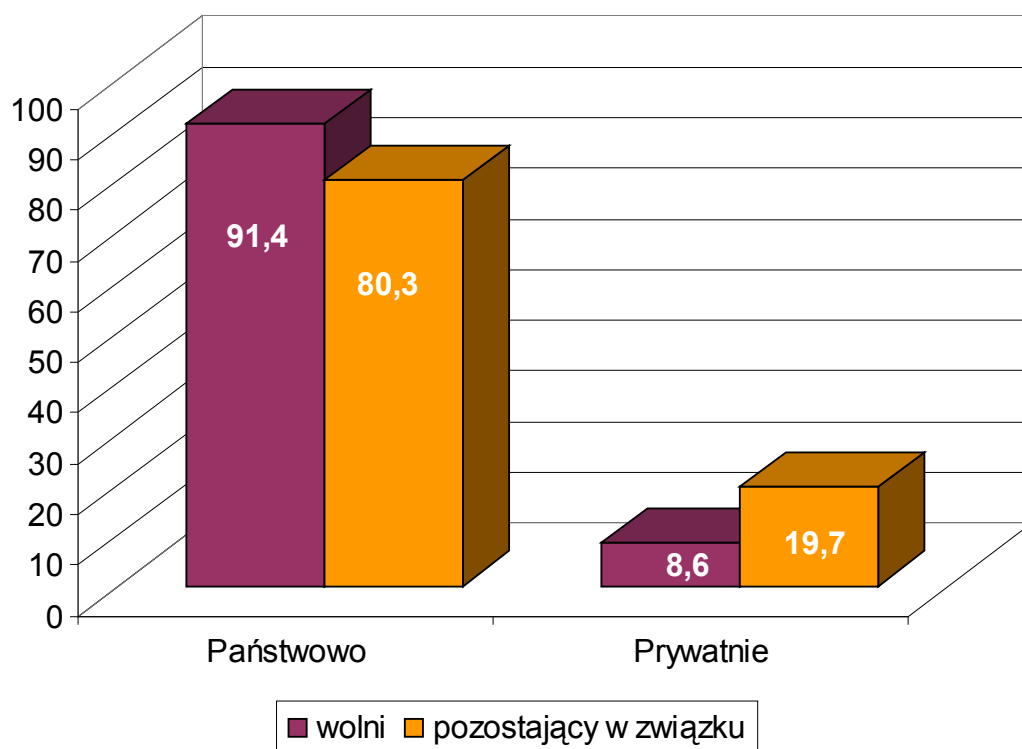


$p < 0,05$

Stan cywilny oraz wykształcenie respondentów również miały istotny wpływ na wybór instytucji, w której pracował lekarz.

Osoby pozostające w związkach małżeńskich, czy konkubinacie częściej udawały się po poradę do lekarza pracującego w prywatnej służbie zdrowia niż osoby samotne (wykres 4.9.5).

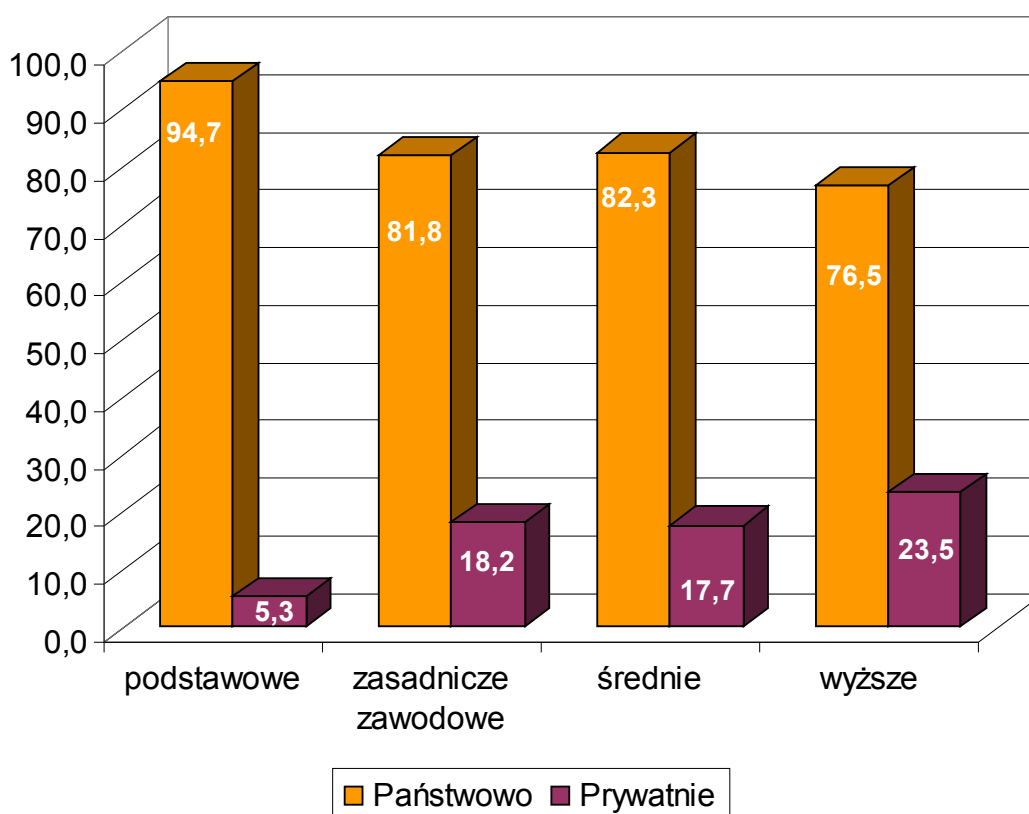
Wykres 4.9.5. Rodzaj placówki (państwowa, prywatna) ze względu na sposób jej finansowania według stanu cywilnego badanych (dane w %).



p < 0,05

Respondenci z wykształceniem wyższym istotnie częściej na pierwszą wizytę udawali się do lekarza pracującego w prywatnej służbie zdrowia aniżeli pozostali respondenci (wykres 4.9.6).

Wykres 4.9.6. Rodzaj placówki (państwowa, prywatna) ze względu na sposób jej finansowania według wykształcenia badanych (dane w %).



p < 0,05

Wśród badań specjalistycznych zleconych przez pierwszego lekarza najczęstszymi były badanie krwi (24,1% mężczyzn i 32,9% kobiet), badanie per rectum (18,1% mężczyzn i 21,7% kobiet) oraz badanie stolca na krew utajoną (21,1% mężczyzn i 19,9% kobiet). Istotnie częściej kobiety uzyskiwały skierowanie na badanie USG, natomiast mężczyźni istotnie częściej byli kierowani przez lekarza na zdjęcie rentgenowskie przewodu pokarmowego. Mieszkańcy małych miast istotnie częściej mieli zlecane wykonanie badania per rectum oraz rektoskopie w porównaniu do mieszkańców wsi oraz Krakowa i innych dużych miast (tabela 4.9.1).

Tabela 4.9.1. Badania zlecone przez lekarza podczas pierwszej wizyty.

Rodzaj badania	Płeć		Miejsce zamieszkania		
	Mężczyźni N=199	Kobiety N=161	Kraków i inne duże miasta	Małe miasta	Wieś
Gastroskopia	10 (5,0%)	6 (3,7%)	4(2,3%)	6 (7,1%)	6 (6,0%)
USG brzucha	34 (17,1%)*	41 (25,5%)*	36 (20,6%)	16 (18,8%)	23 (23,0%)
Rtg przewodu pokarmowego	6(3,0%)*	0 (0,0%)*	4 (2,3%)	1 (1,2%)	1 (1,0%)
Badanie krwi	48 (24,1%)	53 (32,9%)	48 (27,4%)	29 (34,1%)	24 (24,0%)
Badanie per rectum	36 (18,1%)	35 (21,7%)	26 (14,9%)*	25 (29,4%)*	20 (20,0%)*
Rektoskopia	22 (11,1%)	25 (15,5%)	23 (13,1%)*	17 (20,0%)*	7(7,0%)*
Kolonoskopia	24 (12,1%)	11 (6,8%)	15 (8,6%)	11 (12,9%)	9 (9,0%)
Wlew doodbytniczy	3 (1,5%)	3 (1,9%)	4 (2,3%)	0 (0,0%)	2 (2,0%)
EUS dorektalne	2 (1,0%)	1 (0,6%)	1 (0,6%)	1 (1,2%)	1(1,0%)
TK jamy brzusznej	4 (2,0%)	4 (2,5%)	3 (1,7%)	3 (3,5%)	2 (2,0%)
Inne badania	42 (21,1%)	32 (19,9%)	32 (18,3%)	25 (29,4%)	17 (17%)

***p < 0,05**

Osoby, które otrzymały skierowanie na badania od lekarza pracującego w prywatnej służbie zdrowia, istotnie częściej musiały zapłacić za wykonanie badania aniżeli chorzy przeprowadzający takie badania w państwowych placówkach (tabela 4.9.2).

Tabela 4.9.2. Badania zlecone przez lekarza podczas pierwszej wizyty, a rodzaj placówki (państwowa, prywatna) ze względu na sposób jej finansowania.

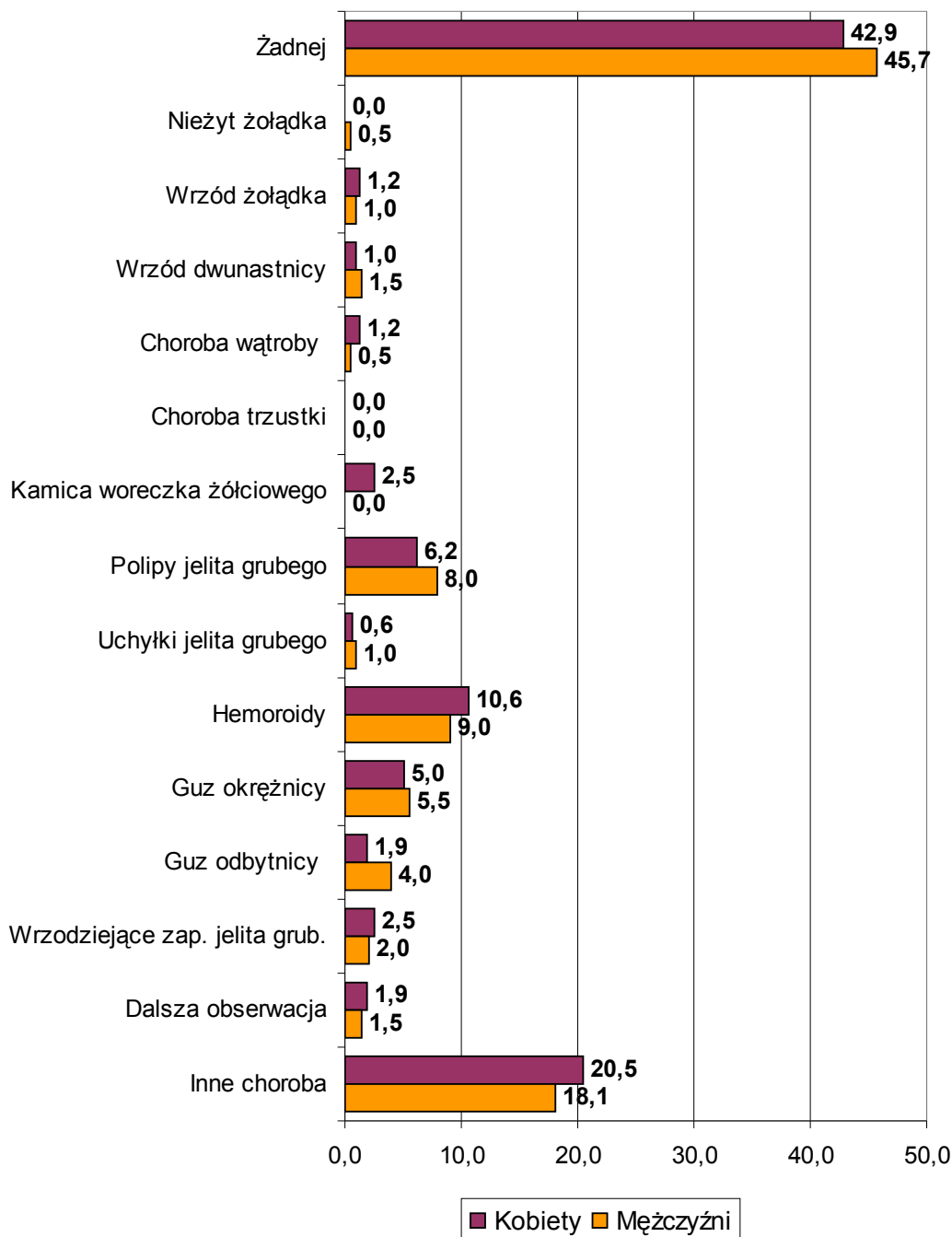
Rodzaj badania	Państwowo		Prywatnie	
	Liczba osób (N=297)	Liczba osób płacących za badanie (% wykonanych badań)	Liczba osób (N=63)	Liczba osób płacących za badanie (% wykonanych badań)
Gastroskopia *	8 (2,7%)	2 (25,0%)	7 (11,1%)	6 (85,7%)
USG *	53 (17,8%)	5 (9,4%)	21 (33,3%)	18 (85,7%)
Rtg przewodu pokarmowego *	6 (2,0%)	1 (16,7%)	2 (3,2%)	2 (100,0%)
Badanie krwi *	91 (30,6%)	2 (2,2%)	8 (12,7%)	4 (50,0%)
Badanie per rectum *	41 (13,8%)	1 (2,4%)	29 (46,0%)	21 (72,4%)
Rektoskopia *	19 (6,4%)	2 (10,5%)	28 (44,4%)	17 (60,7%)
Kolonoskopia *	17 (5,7%)	0 (0,0%)	20 (31,7%)	8 (40,0%)
Wlew doodbytniczy	4 (1,3%)	1 (25,0%)	2 (3,2%)	2 (100,0%)
EUS dorektalne	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (3,2%)	2 (100,0%)
Tomografia komputerowa jamy brzusznej *	6 (2,0%)	0 (0,0%)	2 (3,2%)	2 (100,0%)
Inne badania *	46 (15,5%)	0 (0,0%)	31 (49,2%)	17 (54,8%)

*p < 0,05

Diagnoza stawiana przez pierwszego lekarza najczęściej wskazywała na inne choroby, aniżeli te wymienione w kwestionariuszu wywiadu np. choroby układu rozrodczego u kobiet, czy przerost gruczołu krokowego u mężczyzn (20,5 % kobiet i 18,1% mężczyzn) oraz na hemoroidy (10,6% kobiet i 9,0% mężczyzn). Istotnie częściej kobietom stawiano diagnozę – kamica pęcherzyka żółciowego (2,5% kobiet i 0,0% mężczyzn). Blisko połowie

badanych (45,7% mężczyzn 42,9% kobiet) nie postawiono żadnego rozpoznania (wykres 4.9.7).

Wykres 4.9.7. Diagnoza postawiona przez pierwszego lekarza (dane w %).



Lekarze państwowej służby zdrowia istotnie częściej, niż lekarze prywatni, nie stawiali w trakcie pierwszej wizyty żadnych diagnoz, częściej wskazywali także na potrzebę dalszej obserwacji. Natomiast lekarze przyjmujący prywatnie istotnie częściej

stawiali już w trakcie pierwszej wizyty diagnozy, najczęściej były to takie choroby, jak polipowatość jelita grubego, guz okrężnicy, guz odbytnicy (tabela 4.9.3).

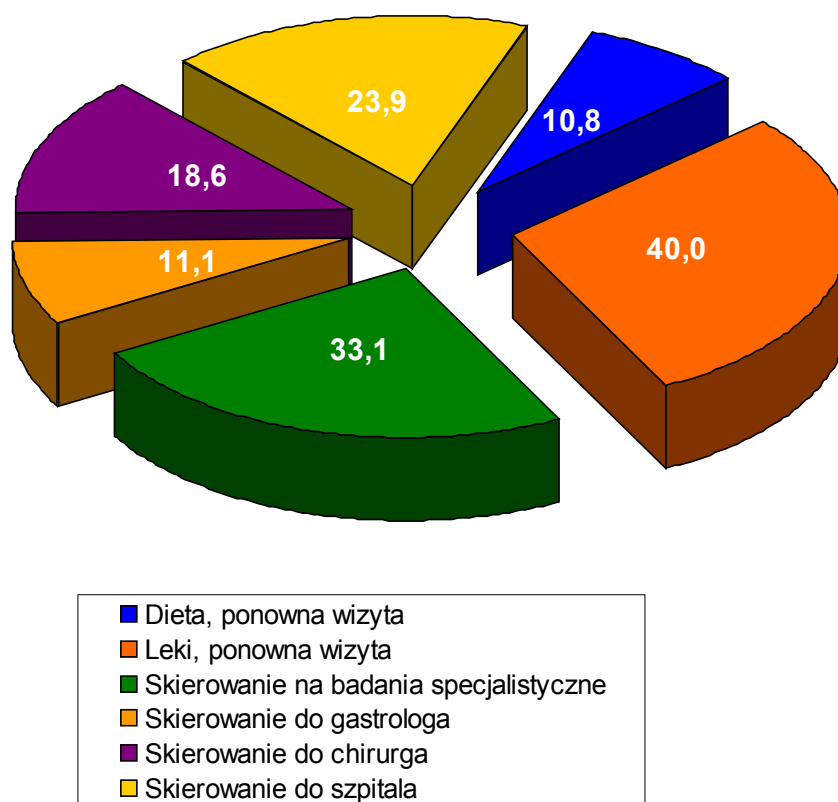
Tabela 4.9.3. Diagnoza, którą przedstawił lekarz podczas pierwszej wizyty, a rodzaj placówki (państwowa, prywatna) ze względu na sposób jej finansowania.

Diagnoza	Państwowo	Prywatnie
	Liczba osób (N=297)	Liczba osób (N=63)
Nie przedstawił żadnej *	148 (49,8%)	12 (19,0%)
Nieżyt żołądka *	0 (0,0%)	1 (1,6%)
Wrzód żołądka	3 (1,0%)	1 (1,6%)
Wrzód dwunastnicy*	2 (0,7%)	3 (4,8%)
Schorzenie wątroby *	1 (0,3%)	2 (3,2%)
Kamica woreczka żółciowego	4 (1,3%)	0 (0,0%)
Polipowatość jelita grubego*	14 (4,7%)	12 (19,0%)
Uchyłkowatość jelita grubego	2 (0,7%)	1 (1,6%)
Hemoroidy	31 (10,4%)	4 (6,3%)
Guz okrężnicy*	8 (2,7%)	11 (17,5%)
Guz odbytnicy *	5 (1,7%)	6 (9,5%)
Wrzodziejące zapalenie jelita grubego*	4 (1,3%)	4 (6,3%)
Dalsza obserwacja	5 (1,7%)	1 (1,6%)
Inne choroba *	63 (21,2%)	6 (9,5%)

* $p < 0,05$

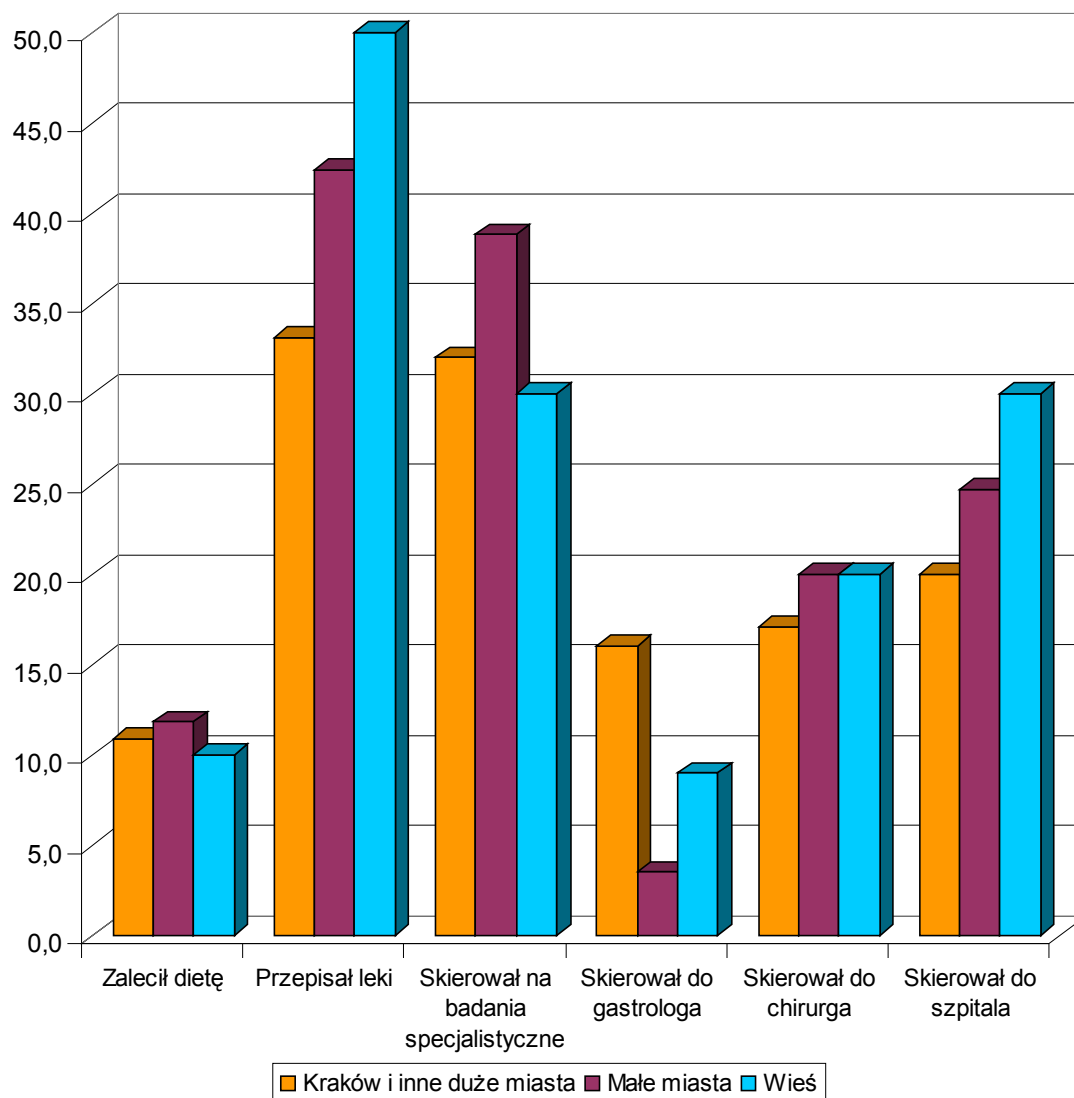
Wśród najczęstszych zaleceń, jakie otrzymali chorzy od pierwszego lekarza wymieniano stosowanie leków i ponowną wizytę jeżeli objawy nie ustąpią - 40,0% badanych oraz skierowanie na badania specjalistyczne - 33,1% badanych (wykres 4.9.8).

Wykres 4.9.8. Postępowanie zalecone przez pierwszego lekarza – dane w %.



Istotnie częściej lekarze przepisywali leki i zalecali ponowną wizytę jeśli objawy nie ustąpią mieszkańcom wsi aniżeli pozostałym respondentom zamieszkującym małe miasta lub będących mieszkańcami Krakowa i innych dużych miast (50,0% vs 42,4% vs 33,1%). Natomiast istotnie częściej skierowanie do gastrologa otrzymywali mieszkańcy Krakowa czy innych dużych miast, aniżeli mieszkańcy wsi oraz małych miast (16,0% vs 9,0% vs 3,5%) - (wykres 4.9.9).

Wykres 4.9.9. Postępowanie zalecone przez pierwszego lekarza według miejsca zamieszkania badanych (dane w %).

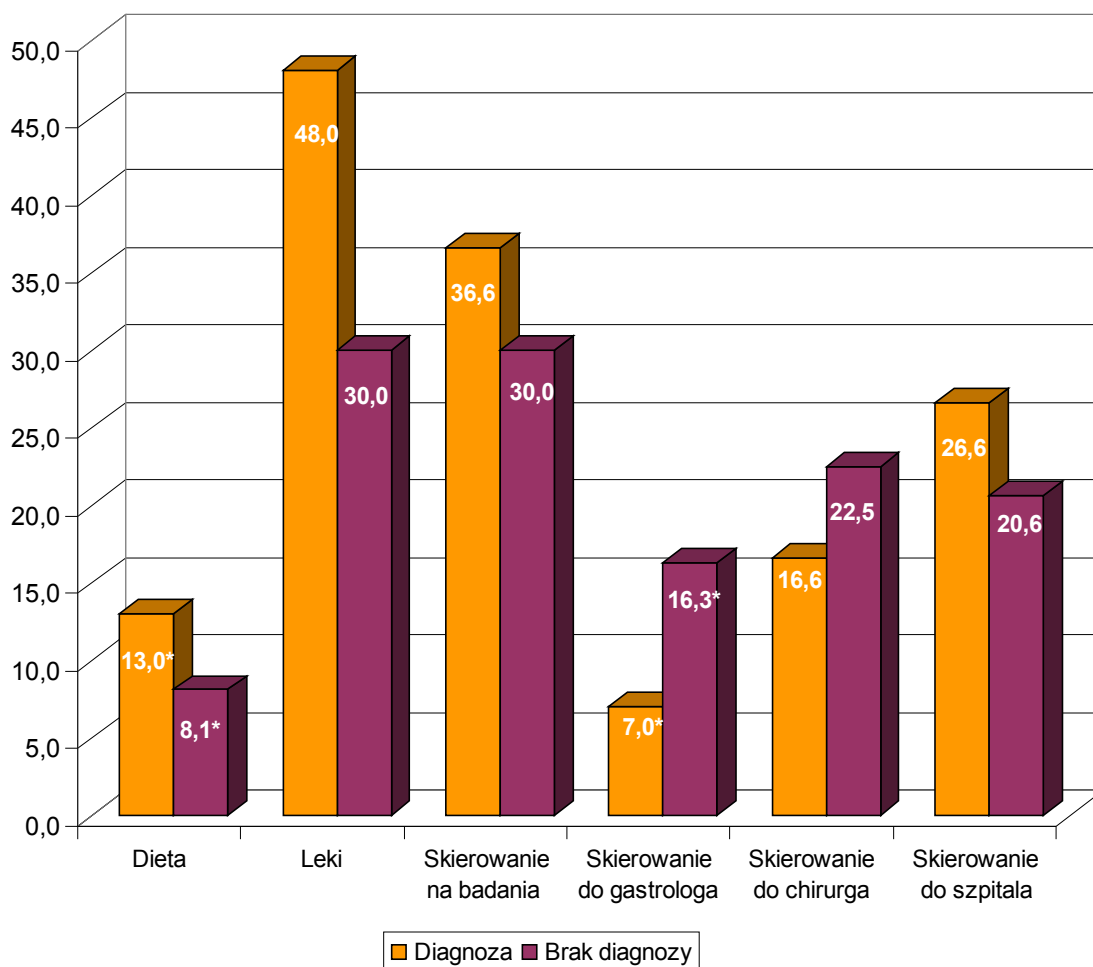


$p < 0,05$

Interesującym było poznanie zaleconego przez pierwszego lekarza postępowania w przypadku, gdy nie przedstawił on pacjentowi żadnej diagnozy (wykres 4.9.10).

Lekarze, którzy w trakcie pierwszej wizyty postawili wstępną diagnozę istotnie częściej zalecali pacjentom stosowanie odpowiedniej diety oraz ponowną wizytę, jeśli objawy nie ustąpią, zaś lekarz, którzy nie postawili żadnej diagnozy istotnie częściej kierowali swoich pacjentów do gastrologa.

Wykres 4.9.10. Porównanie postępowania lekarzy w przypadku braku diagnozy lub postawienia diagnozy.



* $p < 0,05$

Lekarze pracujący w państwowych przychodniach istotnie częściej kierowali swoich pacjentów na wizytę do specjalistów – gastrologa lub chirurga. Natomiast lekarze z prywatnej praktyki kierowali istotnie częściej na badania specjalistyczne i do szpitala (tabela 4.9.4).

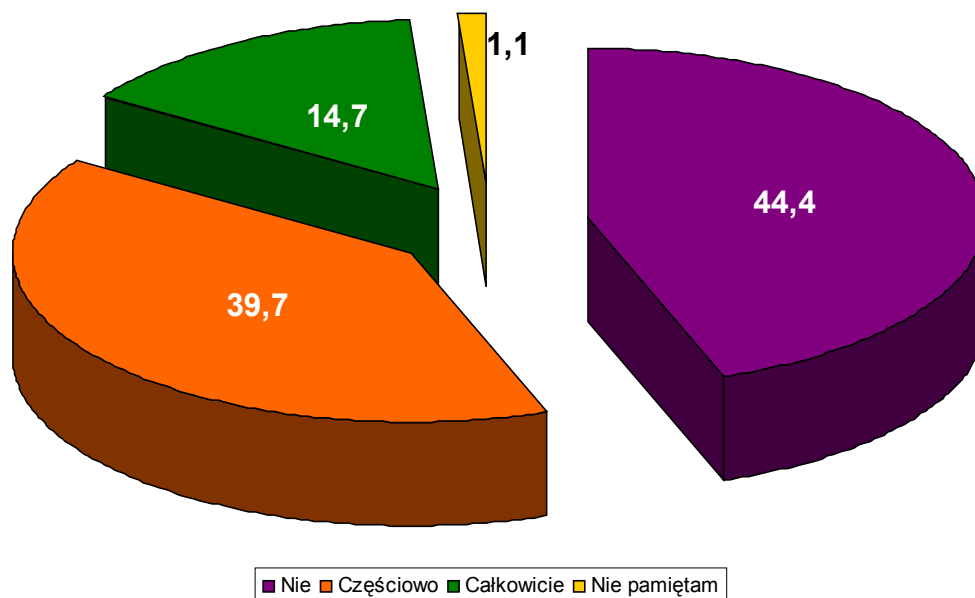
Tabela 4.9.4. Postępowanie, które zlecił lekarz podczas pierwszej wizyty, a rodzaj placówki (państwowa, prywatna) ze względu na sposób jej finansowania.

Postępowanie zalecone przez lekarza	Państwowo	Prywatnie
	Liczba osób (N=297)	Liczba osób (N=63)
Dieta, ponowna wizyta	33 (11,1%)	6 (9,5%)
Leki, ponowna wizyta	122 (41,4%)	22 (34,9%)
Skierowanie na dalsze badania specjalistyczne *	91 (30,6%)	28 (44,4%)
Skierowanie do gastrologa *	38 (12,8%)	2 (3,2%)
Skierowanie do chirurga *	62 (20,9%)	5 (7,9%)
Skierowanie do szpitala *	63 (21,2%)	23 (36,5%)

*p < 0,05

Udając się do lekarza pacjenci oczekiwali, iż uzyskają od niego wyjaśnienia, informacje, co do istoty choroby oraz dalszego postępowania diagnostycznego i leczniczego. Jednak w badanej grupie aż 44,4% chorych nie otrzymało żadnych informacji na ten temat, a 39,7% respondentów usłyszało częściowe wyjaśnienia (wykres 4.9.11).

Wykres 4.9.11. Informacje uzyskane od pierwszego lekarza na temat przyczyny objawów oraz dalszej diagnostyki i leczenia (dane w %).



Ponad połowa lekarzy pracujących w państwowej służbie zdrowia w porównaniu do 20% lekarzy pracujących w prywatnych placówkach, nie wyjaśniła pacjentom przyczyn pojawiających się objawów, ani też nie omówiła ewentualnego postępowania diagnostycznego

i leczniczego. Natomiast jedna trzecia lekarzy pracujących prywatnie przekazywała takie informacje swoim pacjentom (tabela 4.9.5).

Tabela 4.9.5. Informacje, które przekazywał pacjentom lekarz podczas pierwszej wizyty, a rodzaj placówki (państwowa, prywatna) ze względu na sposób jej finansowania.

Czy lekarze rozmawiali z pacjentem	Państwowo	Prywatnie
	Liczba osób (N=297)	Liczba osób (N=63)
Nie	151 (50,8%)	13 (20,6%)
Tak, częściowo	114 (38,4%)	29 (46,0%)
Tak	32 (10,8%)	21 (33,3%)

$p < 0,05$

Średni czas leczenia u pierwszego lekarza wynosił prawie pięć miesięcy. Przy czym mężczyźni leczyli się prawie sześć miesięcy, a kobiety niecałe cztery miesiące (tabela 4.9.6).

Tabela 4.9.6. Czas leczenia (w miesiącach) u pierwszego lekarza.

Czas leczenia u pierwszego lekarza	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
Średnia	4,96	5,76	3,96
Odchylenie standardowe	27,24	35,57	9,89
Mediana	0,47	0,47	0,70
(Q3-Q1)/2	0,88	0,88	0,88

$p = 0,348$ (test Mann'a – Whitney'a)

4.10. Leczenie u drugiego i następnych lekarzy

Zmiana lekarza według około 70% mężczyzn i kobiet nastąpiła w wyniku skierowania do lekarza specjalisty przez pierwszego lekarza, jakkolwiek prawie 20 % badanych podało, że zmieniło lekarza ze względu na brak satysfakcji z dotychczasowego leczenia (tabela 4.10.1).

Tabela 4.10.1. Przyczyny zmiany lekarza w opinii pacjentów.

Przyczyny	Mężczyźni N=199	Kobiety N=161
Nie zmieniłem lekarza	17 (8,5%)	9 (5,6%)
Skierowanie przez „pierwszego” lekarza	143 (71,8%)	115 (71,4%)
Sam szukał innego lekarza, bo byłem niezadowolony	34 (17,1%)	31 (19,3%)
Chciałem(am) sprawdzić diagnozę postawioną przez „pierwszego” lekarza	1(0,5%)	5 (3,1%)
„Pierwszy” lekarz był niedostępny np. na urlopie	1(0,5%)	0 (0,0%)
Zaostrzenie się choroby, objawów chorobowych	2 (1,0%)	0 (0,0%)
Inne przyczyny	1 (0,6%)	1 (0,6%)

Wybierając się na wizytę do drugiego lekarza chorzy zwracali uwagę na jego specjalizację. Większość respondentów wybierała lekarza chirurga (71,%). Pewne uwarunkowania demograficzno – społeczne miały na to istotny wpływ: chorzy – mieszkańcy Krakowa lub innego dużego miasta istotnie częściej niż mieszkańcy wsi wybierali lekarza gastrologa (31,5% vs 17,9%), natomiast badani zamieszkujący wieś częściej wybierali lekarza chirurga aniżeli mieszkańcy małych miast, Krakowa i innych dużych miast. Istotne różnice w decyzjach tych wystąpiły także w zależności od wykształcenia. Respondenci z wykształceniem średnim i wyższym częściej zwracali się po poradę do lekarza gastrologa niż pozostali badani, natomiast do chirurga zgłaszały się częściej osoby z wykształceniem podstawowym (tabela 4.10.2).

Tabela 4.10.2. Specjalizacja kolejnego lekarza, do którego zgłosili się badani.

Specjalizacja lekarza	Ogółem	Miejsce zamieszkania			Wykształcenie			
		Kraków i inne duże miasta	Małe miasta	Wieś	Podstawowe	Zas. Zaw.	Średnie	Wyższe
Lekarza ogólny, internista	86 (25,7%)	40 (24,7%)	24 (31,2%)	22 (23,2%)	12 (22,2%)	23 (31,1%)	31 (27,7%)	20 (21,3%)
Gastrolog	87 (26,0%)	51* (31,5%)	19* (24,7%)	17* (17,9%)	7* (13,0%)	14* (18,9%)	37* (33,0%)	29* (30,9%)
Chirurg	237 (71,0%)	103* (63,6%)	58* (75,3%)	76* (80,0%)	48* (88,9%)	52* (70,3%)	71* (63,4%)	56* (70,2%)
Lekarz innej specjalności	40 (12,0%)	26 (16,0%)	5 (6,5%)	9 (9,5%)	3 (5,6%)	9 (12,2%)	14 (12,5%)	14 (14,9%)

***p < 0,05**

W trakcie leczenia przez drugiego lekarza chorzy najczęściej wybierali lekarzy pracujących równocześnie w przychodni specjalistycznej, rejonowej, prywatnej oraz w szpitalu (37,4%), a następnie pracujących tylko w przychodniach specjalistycznych (20,1%). Respondenci mieszkający w Krakowie lub w innych dużych miastach istotnie częściej wybierali lekarzy przyjmujących w prywatnych przychodniach czy gabinetach, aniżeli mieszkańcy małych miast i wsi (tabela 4.10.3).

Tabela 4.10.3. Miejsce, w którym respondenci byli leczeni przez drugiego lekarza.

Rodzaj przychodni	Ogółem	Miejsce zamieszkania		
		Kraków i inne duże miasta	Małe miasta	Wieś
1. Przychodnia specjalistyczna (gastrologiczna)	67 (20,1%)	41 (25,3%)	10 (13,0%)	16 (16,8%)
2. Przychodnia rejonowa	7 (2,1%)	5 (3,1%)	2 (2,6%)	0 (0,0%)
3. Prywatna przychodnia, gabinet itp.	29 (8,7%)	21(13,0%)*	5 (6,5%)*	3 (3,2%)*
4. Inne np. szpital	54 (16,2%)	20 (12,3%)	20 (26,0%)	14 (14,7%)
5. Przychodnia specjalistyczna + przychodnia rejonowa	11 (3,3%)	8 (4,9%)	0 (0,0%)	3 (3,2%)
6. Przychodnia specjalistyczna + prywatna przychodnia	30 (9,0%)	14 (8,6%)	6 (7,8%)	10 (10,5%)
7. Przychodnia rejonowa + przychodnia prywatna	7 (2,1%)	4 (2,5%)	2 (2,6%)	1 (1,1%)
8. Któraś z przychodni 1-3 + inne	125 (37,4%)	46 (28,4%)	32 (41,6%)	47 (49,5%)
9. Wszystkie wymienione przychodnie	4 (1,2%)	3 (1,9%)	0 (0,0%)	1 (1,1%)

***p < 0,05**

Do drugiego i następnych lekarzy zgłosiło się w sumie 334 (92,7%) respondentów. Spośród nich 139 (41,6%) leczyło się tylko w państwowych placówkach służby zdrowia, a 195 (58,4%) przynajmniej raz zgłosiło się na wizytę do placówki prywatnej.

Nie zaobserwowano wpływu zmiennych społeczno - demograficznych na wybór typu instytucji, w której pracował drugi i następni lekarze. Zaznaczyć jednak należy, że kobiety częściej zgłaszały się do lekarzy pracujących w prywatnych placówkach niż mężczyźni (62,5% kobiet vs 54,9% mężczyzn). Osoby pozostające w związkach małżeńskich oraz konkubinacie częściej wybierały państwowe placówki służby zdrowia niż osoby stanu wolnego, które częściej kierowały swe kroki do placówek prywatnych.

Lekarza pracującego w prywatnych placówkach niż w państwowej służbie zdrowia częściej wybierały osoby starsze powyżej 61 roku życia (61,6%) niż osoby w wieku pomiędzy 51 a 60 rokiem życia (57,0%) oraz osoby poniżej 50 roku życia (54,1%). Wybór drugiego lekarza padał częściej na pracującego w państwowej służbie zdrowia wśród chorych młodszych poniżej 50 roku życia, niż starszych.

Podobnie częściej do drugiego i kolejnych lekarzy pracujących w prywatnych jednostkach służby zdrowia zgłaszali się mieszkańcy wsi (65,3%) niż mieszkańcy małych miast (58,4%) oraz mieszkańcy Krakowa i innych dużych miast (54,3%). Jeżeli chodzi o wybór lekarza pracującego w państwowej służbie zdrowia to tendencja jest odwrotna - częściej wybierali go mieszkańcy Krakowa oraz dużych miast niż pozostali respondenci.

Osoby z wykształceniem podstawowym wybierały zarówno lekarzy państwowej, jak i prywatnej opieki zdrowotnej. Co ciekawe osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym oraz wyższym wybierały częściej lekarzy pracujących w państwowej służbie zdrowia, niż osoby z wykształceniem średnim. Natomiast ci ostatni częściej zgłaszali się do lekarza pracującego w prywatnych placówkach służby zdrowia niż osoby z wykształceniem zawodowym i wyższym (tabela 4.10.4 oraz tabela 4.10.5).

Tabela 4.10.4. Rodzaj placówki (państwowa, prywatna) ze względu na sposób jej finansowania a płeć, wiek i miejsce zamieszkania.

Rodzaj instytucji służby zdrowia	Płeć		Wiek			Miejsce zamieszkania		
	Mężczyźni	Kobiety	18-50	51-60	61-70	Kraków i duże miasta	Małe miasta	Wieś
Państwowa	85 (45,1%)	57 (37,5%)	34 (45,9%)	49 (43,0%)	56 (38,4%)	74 (45,7%)	32 (41,6%)	33 (34,7%)
Prywatna	100 (54,9%)	95 (62,5%)	40 (54,1%)	65 (57,0%)	90 (61,6%)	88 (54,3%)	45 (58,4%)	62 (65,3%)

Tabela 4.10.5. Rodzaj placówki (państwowa, prywatna) ze względu na sposób jej finansowania a wykształcenie i stan cywilny.

Rodzaj instytucji służby zdrowia	Wykształcenie				Stan cywilny	
	Podstawowe	Zasadnicze zawodowe	Średnie	Wyższe	Wolni	Zamężne żonaci
Państwowa	27 (50,0%)	32 (43,2%)	40 (35,7%)	40 (42,6%)	23 (37,7%)	116 (42,5%)
Prywatna	27 (50,0%)	42 (56,8%)	72 (64,3%)	54 (57,4%)	38 (62,3%)	157 (57,5%)

Wśród badań specjalistycznych zleconych przez drugiego lekarza dominowały: pobranie wycinka/biopsja (87,4% mężczyzn i 90,1% kobiet), USG brzucha (64,3% mężczyzn i 64,5% kobiet). Istotnie częściej lekarze zlecali wykonanie kolonoskopii kobietom niż mężczyznom (75,0% vs 64,3%). Mieszkańcy wsi istotnie częściej - niż mieszkańcy Krakowa i innych dużych miast - mieli wykonywane badanie USG. Natomiast tym ostatnim istotnie częściej zlecano wykonanie kolonoskopii oraz EUS dorektalnego w porównaniu do mieszkańców małych miast.

Osoby z wykształceniem podstawowym i zawodowym istotnie częściej uzyskiwali skierowania na rektoskopię niż osoby z wykształceniem średnim i wyższym. W przypadku uzyskania skierowania na kolonoskopię sytuacja była odwrotna – istotnie częściej badanie

wykonywały osoby z wykształceniem średnim i wyższym niż z wykształceniem podstawowym i zawodowym (tabela 4.10.6).

Tabela 4.10.6. Badania specjalistyczne wykonane podczas leczenia przez drugiego lekarza.

Rodzaj badania	Płeć		Miejsce zamieszkania			Wykształcenie			
	Mężczyźni	Kobiety	Kraków i duże miasta	Małe miasta	Wieś	Podst.	Zas. Zaw.	Średnie	Wyższe
Badanie endoskopowe	39 (21,4%)	33 (21,7%)	34 (21,0%)	16 (20,8%)	22 (23,2%)	14 (25,9%)	19 (25,7%)	18 (16,1%)	21 (22,3%)
USG brzucha	117 (64,3%)	98 (64,5%)	92* (56,8%)	51* (66,2%)	72* (75,8%)	38 (70,4%)	47 (63,5%)	66 (58,9%)	64 (68,1%)
Sonda żołądkowa	4 (2,2%)	1 (0,7%)	3 (1,9%)	1 (1,3%)	1 (1,1%)	1 (1,9%)	1 (1,4%)	1 (0,9%)	2 (2,1%)
Sonda dwunastnicza	2 (1,1%)	0 (0,0%)	2 (1,2%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,4%)	0 (0,0%)	1 (1,1%)
Rtg	20 (11,0%)	14 (9,2%)	17 (10,5%)	8 (10,4%)	9 (9,5%)	6 (11,1%)	4 (5,4%)	13 (11,6%)	11 (11,7%)
Badanie krwi	68 (37,4%)	62 (40,8%)	56 (34,6%)	31 (40,3%)	43 (45,3%)	21 (38,9%)	31 (41,9%)	37 (33,0%)	41 (43,6%)
Pobranie wycinka/biopsja	159 (87,4%)	137 (90,1%)	141 (87,0%)	65 (84,4%)	90 (94,7%)	46 (85,2%)	68 (91,9%)	96 (85,7%)	86 (91,5%)
Badanie per rectum	64 (35,2%)	57 (37,5%)	55 (34,0%)	30 (39,0%)	36 (37,9%)	19 (35,2%)	27 (36,5%)	41 (36,6%)	34 (36,2%)
Rektoskopia	95 (52,2%)	71 (46,7%)	79 (48,8%)	40 (51,9%)	47 (49,5%)	31 (57,4%)*	45* (60,8%)	50* (44,6%)	40* (42,6%)
Kolonoskopia	117* (64,3%)	114* (75,0%)	120* (74,1%)	40* (58,4%)	66* (69,5%)	30* (55,6%)	44* (59,5%)	84* (75,0%)	73* (77,7%)
Wlew doodbytniczy	24 (13,2%)	16 (10,5%)	16 (9,9%)	12 (15,6%)	12 (12,6%)	4 (7,4%)	9 (12,2%)	12 (10,7%)	15 (16,0%)
EUS dorektalne	17 (9,3%)	14 (9,2%)	21* (13,0%)	3* (3,9%)	7* (7,4%)	2 (3,7%)	7 (9,5%)	13 (11,6%)	9 (9,6%)
TK jamy brzusznej	39 (21,4%)	28 (18,4%)	27 (16,7%)	20 (26,0%)	20 (21,1%)	5 (9,3%)	20 (27,0%)	20 (17,9%)	22 (23,4%)
Inne badania	7 (3,8%)	9 (5,9%)	10 (6,2%)	4 (5,2%)	2 (2,1%)	0 (0,0%)	3 (4,1%)	6 (5,4%)	7 (7,4%)

*p < 0,05

Osoby, które otrzymały skierowanie na badania od lekarza pracującego w prywatnych opiece zdrowotnej istotnie częściej musiały zapłacić za wykonanie badania, aniżeli chorzy przeprowadzający takie badania w państwowych placówkach (tabela 4.10.7).

Tabela 4.10.7. Badania, które zlecił drugi lub kolejny lekarz, a rodzaj placówki (państwowa, prywatna) ze względu na sposób jej finansowania.

Rodzaj badania	Państwowo		Prywatnie	
	Liczba osób (N=139)	Liczba osób płacących za badanie (%)	Liczba osób (N=195)	Liczba osób płacących za badanie (%)
Gastroskopia	26 (18,7%)	2 (7,7%)	46 (23,6%)	5 (10,9%)
USG *	79 (56,8%)	1 (1,3%)	134 (68,7%)	28 (20,9%)
Rtg przewodu pokarmowego	11 (7,9%)	0 (0,0%)	23 (11,8%)	2 (8,7%)
Badanie krwi	56 (40,3%)	0 (0,0%)	71 (36,4%)	5 (7,0%)
Badanie per rectum *	46 (33,1%)	0 (0,0%)	73 (37,4%)	9 (12,3%)
Rektoskopia *	69 (49,6%)	2 (2,9%)	96 (49,2%)	19 (19,8%)
Kolonoskopia *	87 (62,6%)	4 (4,6%)	143 (73,3%)	31 (21,7%)
Wlew doodbytniczy	14 (10,1%)	0 (0,0%)	28 (14,4%)	3 (10,7%)
Tomografia komputerowa jamy brzusznej	23 (16,5%)	2 (8,7%)	45 (23,1%)	6 (13,3%)
Inne badania *	115 (82,7%)	3 (2,6%)	182 (93,3%)	37 (20,3%)

* $p < 0,05$

Diagnoza postawiona przez drugiego lekarza lub następnych wskazywała najczęściej na istnienie guza okrężnicy (35,7% mężczyzn i 34,2% kobiet) lub na polipowatość jelita grubego (34,6% mężczyzn i 34,2% kobiet), a także na guz odbytnicy (18,1% mężczyzn i 18,4% kobiet) (tabela 4.10.8).

Tabela 4.10.8. Diagnoza postawiona przez drugiego i następnych lekarzy.

Diagnoza	Ogółem N=334	Mężczyźni N=182	Kobiety N=152
Wrzód żołądka	1 (0,3%)	0 (0,0%)	1 (0,7%)
Wrzód dwunastnicy	2 (0,6%)	0 (0,0%)	2 (1,3%)
Schorzenie wątroby	3 (0,9%)	2 (1,1%)	1 (0,7%)
Kamica woreczka żółciowego	1 (0,3%)	0 (0,0%)	1 (0,7%)
Polipowatość jelita grubego	115 (34,4%)	63 (34,6%)	52 (34,2%)
Uchyłkowatość jelita grubego	3 (0,9%)	2 (1,1%)	1 (0,7%)
Hemoroidy	9 (2,7%)	5 (2,7%)	4 (2,6%)
Guz okrężnicy	117 (35,0%)	65 (35,7%)	52 (34,2%)
Guz odbytnicy	61 (18,3%)	33 (18,1%)	28 (18,4%)
Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	7 (2,1%)	3 (1,6%)	4 (2,6%)
Inna choroba	42 (12,6%)	18 (9,8%)	24 (15,7%)

Lekarze państwowej służby zdrowia istotnie częściej rozpoznawali schorzenia wątroby, natomiast lekarze pracujący w prywatnych placówkach opieki zdrowotnej nieco częściej diagnozowali takie choroby, jak polipowatość jelita grubego oraz guz okrężnicy (tabela 4.10.9).

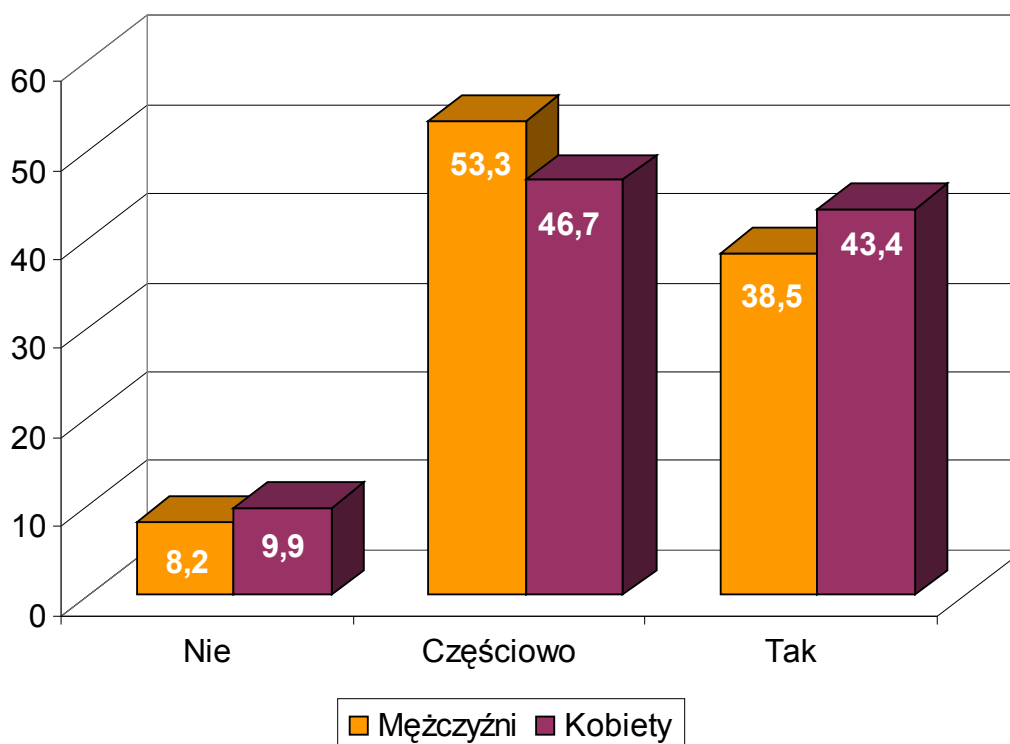
Tabela 4.10.9. Diagnoza, którą postawił drugi lub kolejny lekarz, a rodzaj placówki (państwowa, prywatna) ze względu na sposób jej finansowania.

Diagnoza	Państwowo	Prywatnie
	Liczba osób	Liczba osób
Wrzód żołądka	0 (0,0%)	1 (0,5%)
Wrzód dwunastnicy	0 (0,0%)	2 (1,0%)
Schorzenie wątroby *	3 (2,2%)	0 (0,0%)
Kamica woreczka żółciowego	1 (0,7%)	0 (0,0%)
Polipowatość jelita grubego	42 (30,2%)	73 (37,4%)
Uchyłkowatość jelita grubego	1 (0,7%)	2 (1,0%)
Hemoroidy	4 (2,9%)	5 (2,6%)
Guz okrężnicy	46 (33,1%)	71 (36,4%)
Guz odbytnicy	27 (19,4%)	34 (17,4%)
Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	2 (1,4%)	5 (2,6%)
Inna choroba	22 (15,8%)	20 (10,2%)

Będąc pod opieką drugiego lekarza pacjenci oczekiwali, iż uzyskają od niego więcej informacji na temat choroby oraz dalszego postępowania diagnostycznego i leczniczego.

W badanej grupie wyczerpujących informacji na ten temat uzyskało 43,4% kobiet i 38,5% mężczyzn. Częściowe informacje otrzymało 53,3% mężczyzn i 46,7% kobiet, a 8,2% mężczyzn i 9,9% kobiet nie otrzymało żadnych informacji na ten temat (wykres 4.10.1).

Wykres 4.10.1. Informacje uzyskane od następnych lekarzy na temat przyczyny objawów oraz dalszej diagnostyki i leczenia (dane w %).



Istotnie częściej pacjenci korzystający z państwowej służby zdrowia skarżyli się, iż lekarze nie wyjaśnili im przyczyn występujących objawów ze strony przewodu pokarmowego i nie omówili z nimi dalszego leczenia (tabela 4.10.10).

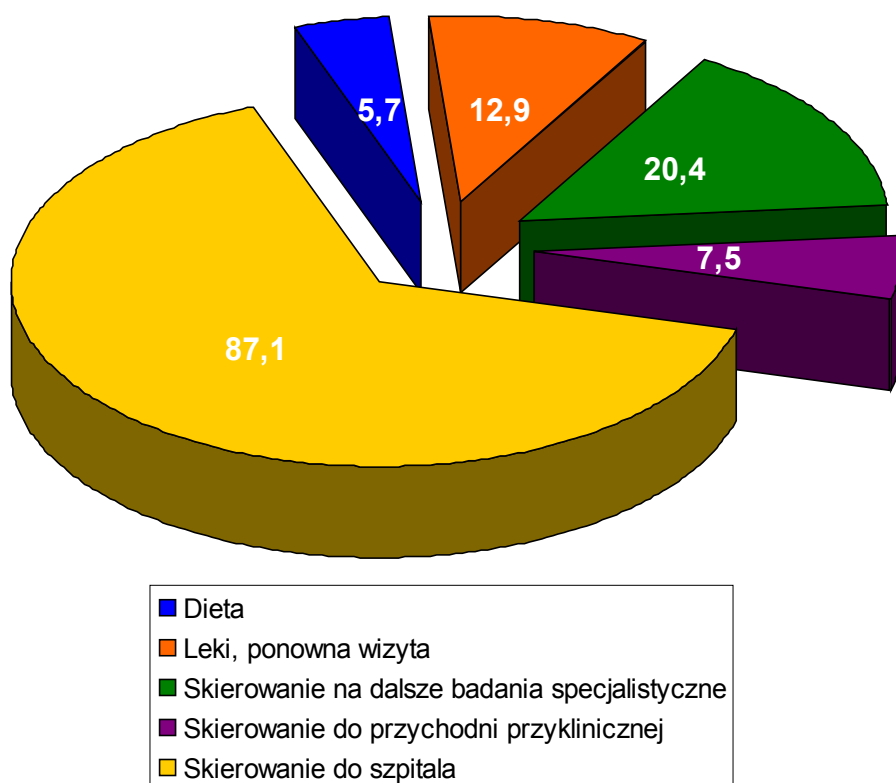
Tabela 4.10.10. Informacje przekazane pacjentowi przez drugiego lub kolejnych lekarzy, a rodzaj placówki (państwowa, prywatna) ze względu na sposób jej finansowania.

Czy lekarze rozmawiali z pacjentem	Państwowo	Prywatnie
	Liczba osób (N=139)	Liczba osób (N=195)
Nie *	18 (12,9%)	12 (6,2%)
Tak, częściowo	69 (49,6%)	99 (50,8%)
Tak	52 (37,4%)	84 (43,1%)

* $p < 0,05$

Większość chorych w wyniku leczenia u drugiego i następnych lekarzy otrzymała skierowanie do szpitala (87,1%) lub na dalsze badania specjalistyczne (20,4%) (wykres 4.10.2).

Wykres 4.10.2. Postępowanie zalecone przez drugiego lekarza (dane w %).



Istotnie częściej pacjentom leczącym się prywatnie lekarze przepisywali leki i wyznaczali termin wizyty kontrolnej niż pacjentom leczącym się w państwowych placówkach (tabela 4.10.11).

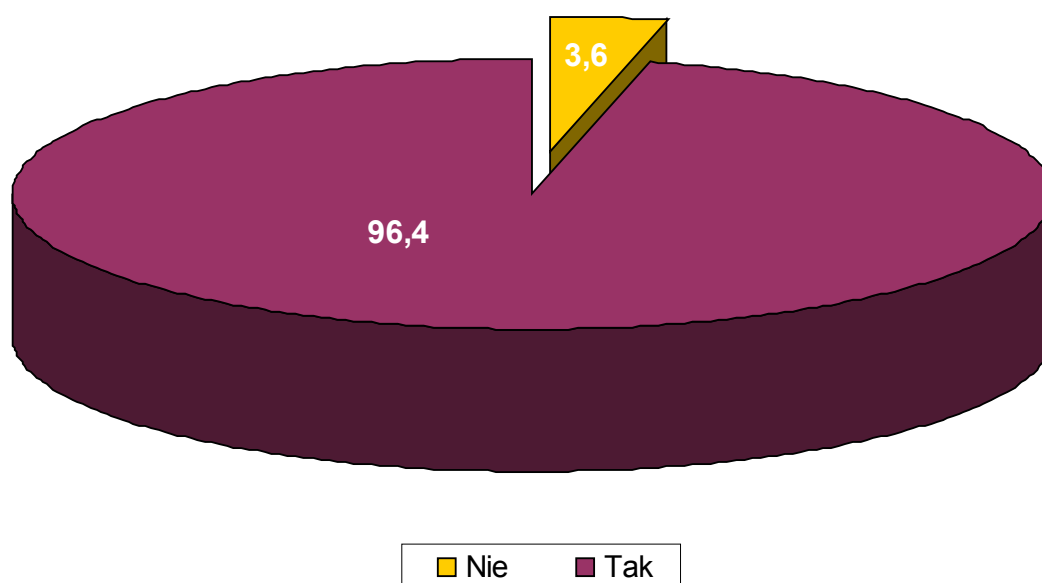
Tabela 4.10.11. Zalecenia przekazane badanym przez drugiego lub kolejnych lekarzy, a rodzaj placówki (państwowa, prywatna) ze względu na sposób jej finansowania.

Postępowanie zalecone przez lekarza	Państwowo	Prywatnie
	Liczba osób (N=139)	Liczba osób (N=195)
Dieta	8 (5,8%)	11 (5,6%)
Leki, ponowna wizyta *	11 (7,9%)	32 (16,4%)
Skierowanie na dalsze badania specjalistyczne	25 (18,0%)	43 (22,1%)
Skierowanie do przychodni przyklinicznej	12 (8,6%)	13 (6,7%)
Skierowanie do szpitala	123 (88,5%)	168 (86,2%)

* $p < 0,05$

Prawie wszyscy pacjenci zastosowali się do zaleceń lekarzy (96,4%) (wykres 4.10.3).

Wykres 4.10.3. Stosowanie się przez pacjentów do zaleceń drugiego i kolejnych lekarzy (dane w %).



Średni czas pozostawania w leczeniu u drugiego i kolejnych lekarzy wynosił trzy miesiące. Mężczyźni leczyli się średnio 2,5 miesiąca, natomiast kobiety prawie cztery miesiące (tabela 4.10.12).

Tabela 4.10.12. Czas leczenia (w miesiącach) u drugiego i kolejnych lekarzy.

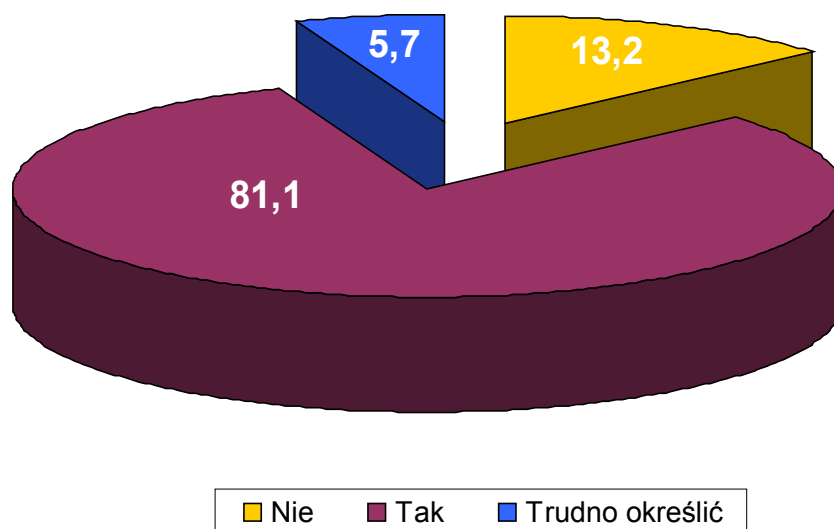
Czas leczenia u drugiego i kolejnych lekarzy	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
Średnia	3,18	2,53	3,98
Odchylenie standardowe	5,86	3,32	7,88
Mediana	2,00	2,00	2,00
(Q3-Q1)/2	1,00	1,00	1,50

$p = 0,348$ (test Mann'a – Whitney'a)

W każdej chorobie, a zwłaszcza, gdy mamy do czynienia z chorobą nowotworową, bardzo ważna dla pomyślnego rokowania jest systematyczność leczenia.

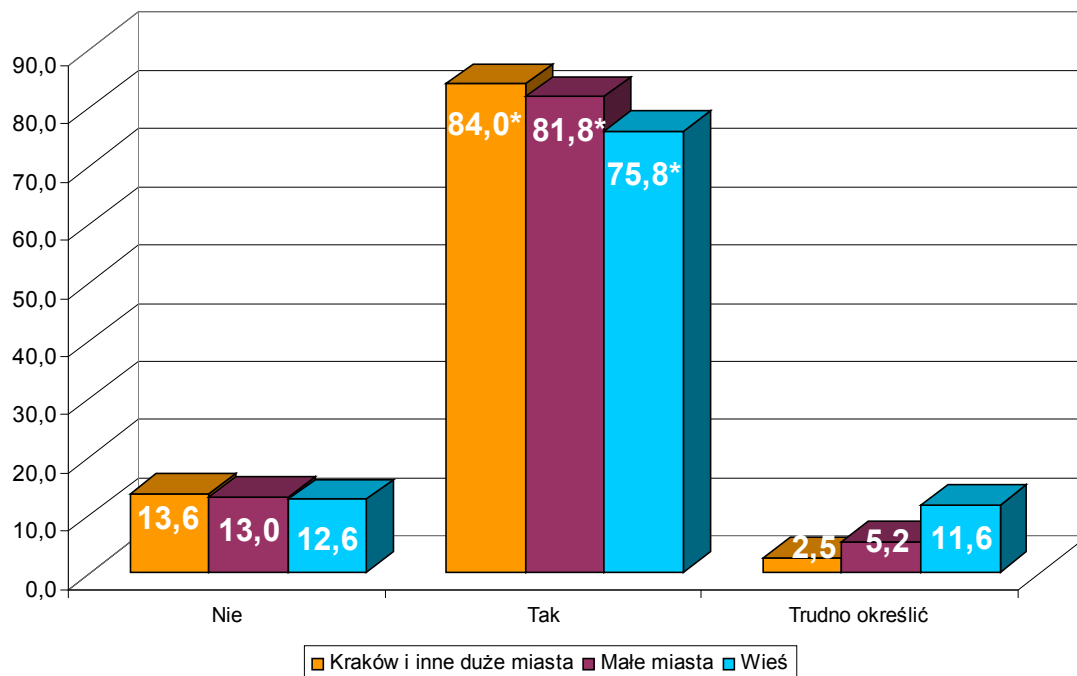
Wśród badanych zdecydowana większość potwierdziła przestrzeganie systematyczności w leczeniu (81,1%); nie mniej 13,2% badanych przyznało się do krótszych bądź dłuższych przerw w leczeniu (wykres 4.10.4).

Wykres 4.10.4. Czy pacjent leczył się systematycznie?(dane w %).



Istotnie większą systematycznością w trakcie leczenia wykazali się mieszkańcy Krakowa i innych dużych miast niż mieszkańcy wsi (wykres 4.10.5).

Wykres 4.10.5. Systematyczność w leczeniu według miejsca zamieszkania badanych (dane w %).



* $p < 0,05$

Średni czas przerw w leczeniu wynosił ponad 16 miesięcy, przy czym dla mężczyzn był on krótszy o prawie dwa miesiące niż dla kobiet (tabela 4.10.13).

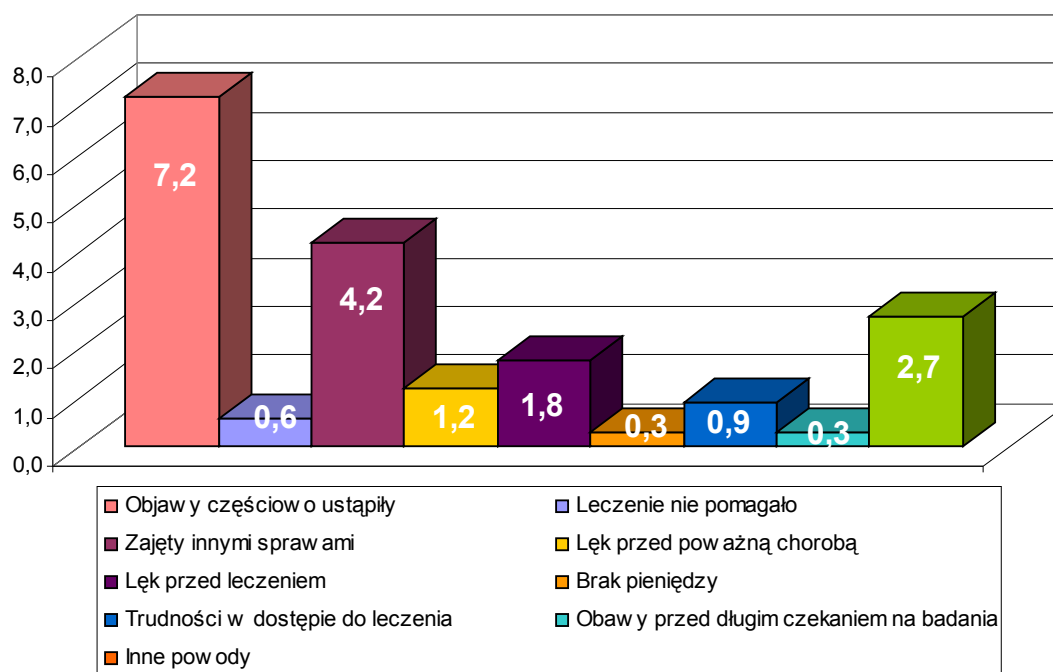
Tabela 4.10.13. Długość przerwy w leczeniu (w miesiącach).

Długość przerw w leczeniu	Ogółem = 44 N	Mężczyźni = 25 N	Kobiety = 19 N
Średnia	16,43	15,60	17,51
Odchylenie standardowe	24,41	27,17	20,91
Mediana	6,50	6,00	10,00
(Q3-Q1)/2	10,59	4,02	10,09

p = 0,330 (test Mann'a – Whitney'a)

Najczęstszymi, podawanymi przez chorych przyczynami, które powodowały przerwy w leczeniu były: częściowe ustąpienie objawów, przez co przestały one przeszkadzać w codziennym funkcjonowaniu (7,2%), zaangażowanie w inne ważniejsze sprawy i brak czasu na „bieganie po lekarzach” (4,2%) (wykres 4.10.6).

Wykres 4.10.6. Powody przerw w leczeniu (dane w %, N=44).



4.11. Ogólna samoocena jakości życia badanych przed zgłoszeniem się do Kliniki

Pomimo występujących dolegliwości 64,6% kobiet i 58,8% mężczyzn chorych na raka jelita grubego oceniło swój ogólny stan zdrowia jako dobry. Około 12,1% mężczyzn i 4,3% kobiet jako bardzo dobry lub wręcz doskonały. Negatywne oceny na temat własnego zdrowia wydane zostały przez 31,1% mężczyzn i 29,1% kobiet. Może to świadczyć o tym, że większość chorych nie miała poczucia choroby całego organizmu, ale tylko pewnej jego części.

Z ocenami tymi korespondują również subiektywne doznania związane z występowaniem dolegliwości bólowych. Znaczne lub bardzo silne dolegliwości bólowe (wg subiektywnej skali bólu), odczuwane w ostatnim miesiącu poprzedzającym zgłoszenie się do Kliniki potwierdziło 25,1% mężczyzn i 23,6% kobiet. Żadnego bólu nie odczuwało 49,7% mężczyzn i 47,2% kobiet, natomiast niewielkie dolegliwości bólowe miało 25,1% mężczyzn i 29,2% kobiet.

Prawie połowa badanych (37,2% mężczyzn i 49,7% kobiet) zdolna była do wykonywania czynności łączących się ze średnim wysiłkiem fizycznym natomiast duży wysiłek fizyczny mogło wykonać 37,2% mężczyzn i 28% kobiet i były to różnice istotne statystycznie.

Samoocena stanu emocjonalnego wskazywała również na pewne istotne różnice pomiędzy mężczyznami i kobietami w radzeniu sobie z napięciem – 38,7% mężczyzn i tylko 24,2% kobiet zdecydowanie nie czuło obniżenia nastroju lub przyznało się jedynie do lekkiego podenerwowania w ostatnim miesiącu. O dość znacznym obniżeniu nastroju mówiło 17,6% mężczyzn i aż 33,5% kobiet. Większość badanych odczuwała napięcie emocjonalne określane jako średnie (43,7% kobiet i 42,2% mężczyzn).

Pogorszenie stanu zdrowia i samopoczucia psychicznego (w porównaniu do okresu z przed miesiąca) sygnalizowało 31,1% kobiet i 31,7% mężczyzn. Tak samo jak przed miesiącem czuło się 42,7% mężczyzn i 44,1% kobiet. Były również osoby (podobnie mężczyźni i kobiety), które uznały, że w ostatnim okresie ich stan zdrowia się poprawił, co mogło mieć związek z podjęciem decyzji o leczeniu oraz poczuciem bezpieczeństwa, jakie dawał chorym fakt przebywania w klinice.

Analiza wyników badań wykazała, że wśród chorych tylko u 7,5% kobiet i 5,5% mężczyzn pojawiły się bardzo duże utrudnienia w wykonywaniu codziennych zajęć w domu oraz pracy zawodowej wywołane objawami chorobowymi. Zdecydowana większość, bo aż 72,9% mężczyzn i 66,5% kobiet nie miało żadnych ograniczeń w codziennej aktywności zarówno zawodowej, jak i rodzinnej.

Podobnie 79,9% mężczyzn i 80,1% kobiet przyznało, że zdrowie fizyczne i stan emocjonalny nie utrudniały im kontaktów z innymi osobami lub były one nieznaczne

ograniczone. O znacznych lub całkowitych utrudnieniach w zakresie interakcji międzyludzkich wspomniało tylko 7,5% mężczyzn i 6,2% kobiet.

Przeważająca liczba badanych deklarowała bardzo wysoki poziom wsparcia ze strony rodziny, przyjaciół – 94% kobiet i mężczyzn wskazało na posiadanie w swoim otoczeniu osób, na których pomoc mogą liczyć we wszystkich sprawach. Jednocześnie istotnie większa ilość mężczyzn (5,0%) deklarowała brak wsparcia ze strony otoczenia w odróżnieniu do kobiet (1,2%).

Ogólna samoocena jakości życia chorych w ostatnim miesiącu poprzedzającym zgłoszenie się do kliniki była pozytywna - jako dobrą i bardzo dobrą oceniło jakość swojego życia 42,7% mężczyzn i 35,4% kobiet; jako średnią - 43,2% mężczyzn i 48,4% kobiet. Tylko 14,1% mężczyzn i 16,1% kobiet jakość swojego życia oceniło jako złą (tabela 4.11.1).

Tabela 4.11.1. Samoocena stanu zdrowia i jakości życia w ciągu miesiąca poprzedzającego zgłoszenie się do Kliniki.

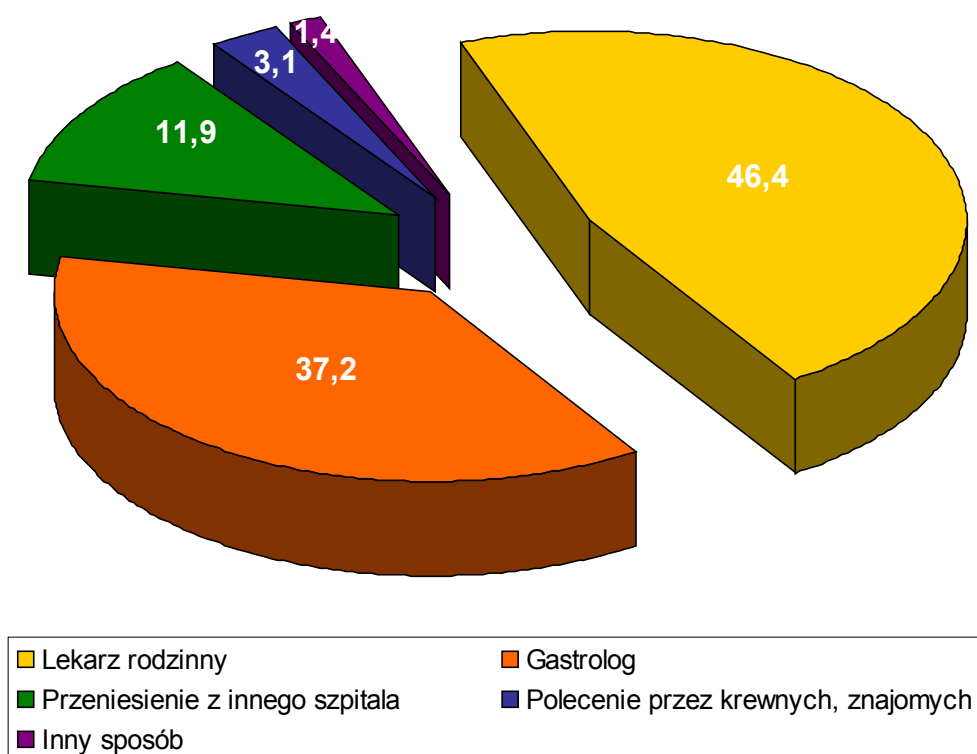
Samoocena w ciągu ostatnich 4 tygodni		Płeć			
		Mężczyźni N=199		Kobiety N=161	
		N	%	N	%
Mógł wykonać wysiłek fizyczny*	bardzo mały lub mały	51	25,6	36	22,4
	średni	74	37,2	80	49,7
	ciężki lub bardzo ciężki	74	37,2	45	28,0
Miał obniżony nastrój*	zdecydowanie nie lub lekko	77	38,7	39	24,2
	średnio	87	43,7	68	42,2
	dość znacznie	35	17,6	54	33,5
Miał trudności z wykonywaniem codziennych prac	żadnych lub nieznaczne	145	72,9	107	66,5
	odczuwalne	43	21,6	42	26,1
	bardzo duże lub całkowite	11	5,5	12	7,5
Zdrowie fizyczne i psychiczne utrudniały kontakty	wcale lub nieznacznie	159	79,9	129	80,1
	w pewnym stopniu	25	12,6	22	13,7
	znacznie lub całkowicie	15	7,5	10	6,2
Czuł ból	żadnego	99	49,7	76	47,2
	bardzo mały lub nieznaczny	50	25,1	47	29,2
	znaczny lub bardzo silny	50	25,1	38	23,6
Ocenia swój stan zdrowia w porównaniu do okresu sprzed 4 tygodni	gorzej	63	31,7	50	31,1
	tak samo	85	42,7	71	44,1
	lepiej	51	25,6	40	24,8
Ocenił swoje zdrowie w ostatnich 4 tygodniach *	bardzo złe lub złe	58	29,1	50	31,1
	dobrze	117	58,8	104	64,6
	bardzo dobre lub doskonałe	24	12,1	7	4,3
Otrzymywał wsparcie *	wcale lub niewielu sprawach	10	5,0	2	1,2
	w pewnych sprawach	2	1,0	7	4,3
	w większości lub we wszystkim	187	94,0	152	94,4
Ocenił jakość swojego życia.	zła	28	14,1	26	16,1
	średnia	86	43,2	78	48,4
	dobra i bardzo dobra	85	42,7	57	35,4

* $p < 0,05$

4.12. Zgłoszenie się do kliniki specjalistycznej

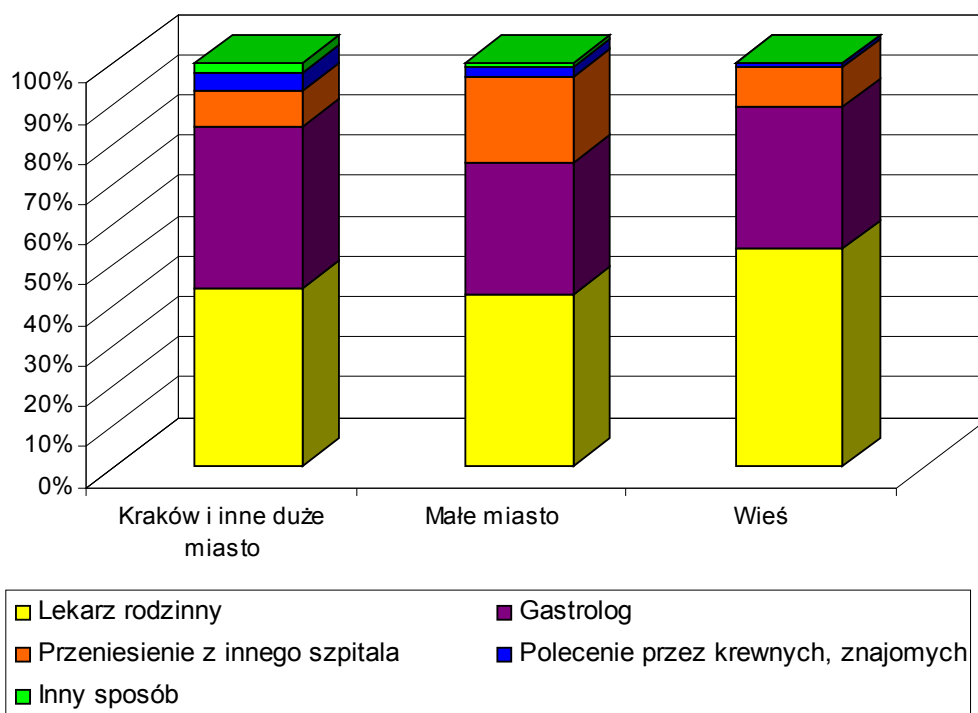
Najczęściej chorzy trafiali do Kliniki Chirurgicznej w wyniku skierowania przez lekarza rodzinnego (46,4%) lub przez specjalistę gastrologa (37,2%), natomiast 11,9% chorych znalazło się w klinice w skutek przeniesienia z innego szpitala (wykres 4.12.1).

Wykres 4.12.1. Sposób uzyskania skierowania do kliniki specjalistycznej (dane w %).



Istotnie częściej skierowanie do kliniki uzyskiwali od lekarza rodzinnego badani mieszkający na wsi, natomiast mieszkańcy Krakowa i innych dużych miast skierowanie takie otrzymywali częściej od specjalisty gastrologa. Istotnie częściej mieszkańcy małych miast do kliniki trafiali po przeniesieniu z innych szpitali (wykres 4.12.2).

Wykres 4.12.2. Sposób uzyskania skierowania do kliniki według miejsca zamieszkania (dane w %).



$p < 0,05$

Średni czas, jaki upłynął od momentu zgłoszenia się po raz pierwszy do lekarza z powodu objawów ze strony przewodu pokarmowego, a uzyskaniem skierowania do Kliniki wynosił 9,5 miesiąca, przy czym dla mężczyzn czas ten był nieco krótszy niż dla kobiet (tabela 4.12.1).

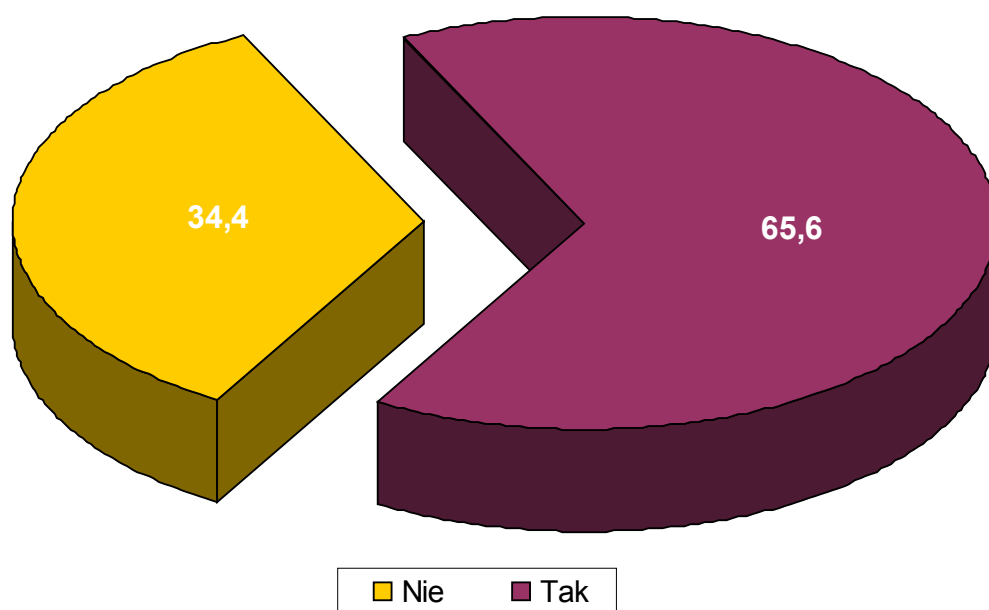
Tabela 4.12.1. Czas (w miesiącach), jaki upłynął od momentu zgłoszenia się do pierwszego lekarza do uzyskania skierowania do Kliniki.

Czas	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
Średnia	9,56	9,47	9,68
Odchylenie standardowe	29,96	36,98	17,91
Mediana	3,50	3,00	4,00
(Q3-Q1)/2	2,00	2,00	2,50

$p = 0,101$ (test Mann'a – Whitney'a)

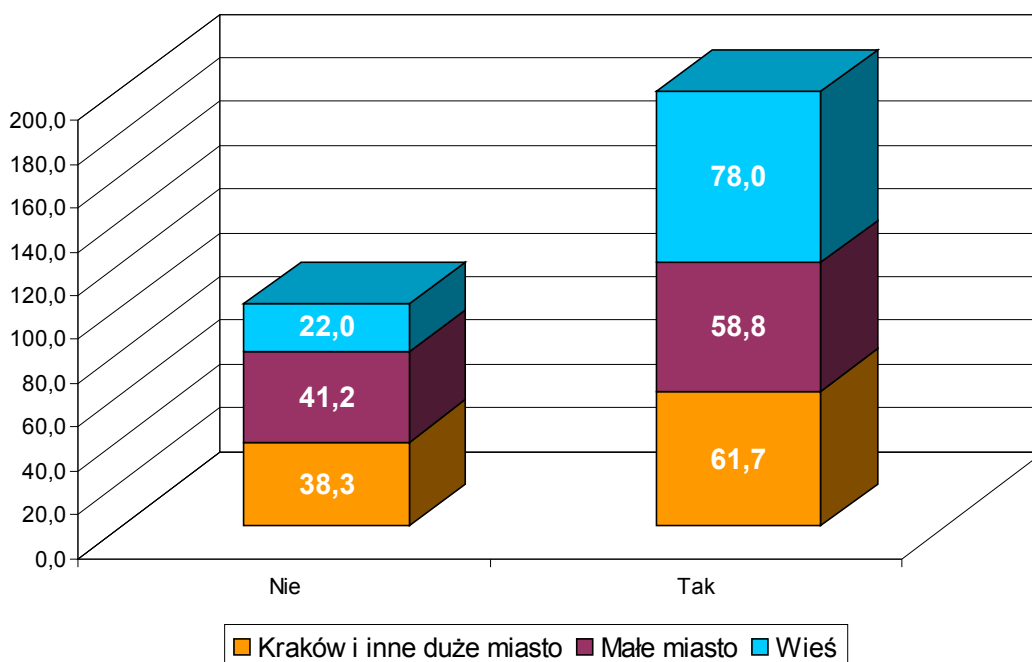
Większość pacjentów musiała czekać na przyjęcie do kliniki (65,6% vs 34,4%), przy czym czas oczekiwania był zróżnicowany (wykres 4.12.3).

Wykres 4.12.3. Czasokres oczekiwania na przyjęcie do kliniki (dane w %).



Istotnie dłużej na przyjęcie do kliniki specjalistycznej oczekiwali mieszkańcy wsi aniżeli mieszkańcy małych miast, Krakowa lub innych dużych miast (wykres 4.12.4).

Wykres 4.12.4. Czasokres oczekiwania na przyjęcie do kliniki według miejsca zamieszkania respondentów (dane w %).



p < 0,05

Średni czas oczekiwania na przyjęcie do Kliniki wynosił 13 dni; (dla mężczyzn był on nieco krótszy i wynosił niecałe 13 dni, natomiast kobiety czekały na przyjęcie prawie 14 dni) (tabela 4.12.2).

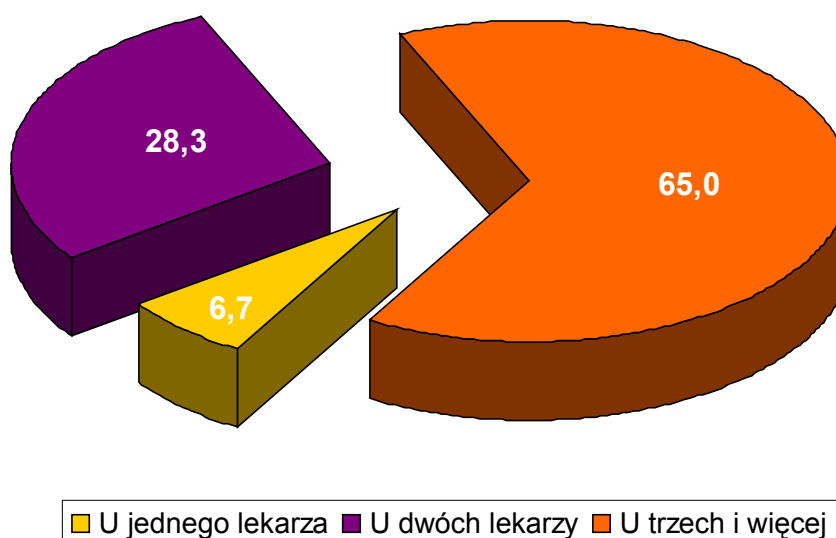
Tabela 4.12.2. Czas oczekiwania (w dniach) na przyjęcie do Kliniki.

Czas oczekiwania na przyjęcie do Kliniki	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
Średnia	13,30	12,97	13,71
Odchylenie standardowe	15,53	15,26	15,89
Mediana	7,00	7,00	9,00
(Q3-Q1)/2	10,50	10,50	10,50

$p = 0,763$ (test Mann'a – Whitney'a)

Większość badanych (65,0%) zanim trafiła do kliniki specjalistycznej leczyła się z powodu dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego u co najmniej trzech i więcej lekarzy, a 6,7% ogółu respondentów przeszła proces diagnostyczny tylko u jednego lekarza – (wykres 4.12.5).

Wykres 4.12.5. Liczba lekarzy ogółem, u których leczyli się respondenci z powodu dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego przed zgłoszeniem się do kliniki (dane w %).



Podsumowując, wśród chorych na raka jelita grubego przed przyjęciem do Kliniki najczęściej pobierano wycinki lub wykonywano biopsję (96,0% mężczyzn i 95,7% kobiet), USG jamy brzusznej (75,4% mężczyzn i 76,4% kobiet), kolonoskopie (71,4% mężczyzn i 77,6% kobiet) oraz rektoskopie (55,8% mężczyzn i 57,8% kobiet). U kobiet istotnie częściej lekarze przeprowadzali badanie palcem odbytu (55,3% vs 43,7%).

Natomiast osoby z wykształceniem średnim i wyższym istotnie częściej miały zlecane wykonanie kolonoskopii aniżeli pozostali badani (tabela 4.12.3).

Tabela 4.12.3. Liczba badań specjalistycznych (ogółem) wykonanych u badanych od momentu wystąpienia objawów ze strony przewodu pokarmowego.

Rodzaj badania	Płeć		Wykształcenie			
	Mężczyźni N=199	Kobiety N=161	Podstawowe	Zas. Zawodowe	Średnie	Wyższe
Gastroskopia	48 (24,1%)	41 (25,5%)	15 (26,3%)	23 (29,9%)	25 (20,2%)	26 (25,5%)
USG brzucha	150 (75,4%)	123 (76,4%)	47 (82,5%)	59 (76,6%)	90 (72,6%)	77 (75,5%)
Rtg przewodu pokarmowego	26 (13,1%)	16 (9,9%)	6 (10,5%)	5 (6,5%)	19 (15,3%)	12 (11,8%)
Sonda żołądkowa lub dwunastnicza	2 (1,0%)	1 (0,6%)	1 (1,8%)	1 (1,3%)	0 (0,0%)	1 (1,0%)
Pobranie wycinka	191 (96,0%)	154 (95,7%)	53 (93,0%)	76 (98,7%)	120 (96,8%)	96 (94,1%)
Tomografia komputerowa	1 (0,5%)	3 (1,9%)	1 (1,8%)	0 (0,0%)	2 (1,6%)	1 (1,0%)
Badanie per rectum	87* (43,7%)	89* (55,3%)	27 (47,4%)	34 (44,2%)	58 (46,8%)	57 (55,9%)
Rektoskopia	111 (55,8%)	93 (57,8%)	36 (63,2%)	50 (64,9%)	65 (52,4%)	53 (52,0%)
Kolonoskopia	142 (71,4%)	125 (77,6%)	36* (63,2%)	48* (62,3%)	101* (81,5%)	82* (80,4%)
Wlew doodbytniczy	25 (12,6%)	20 (12,4%)	6 (10,5%)	10 (13,0%)	13 (10,5%)	16 (15,7%)
EUS dorektalne	26 (13,1%)	19 (11,8%)	4 (7,0%)	8 (10,4%)	19 (15,3%)	14 (13,7%)
TK jamy brzusznej	45 (22,6%)	32 (19,9%)	7 (12,3%)	22 (28,6%)	25 (20,2%)	23 (22,5%)

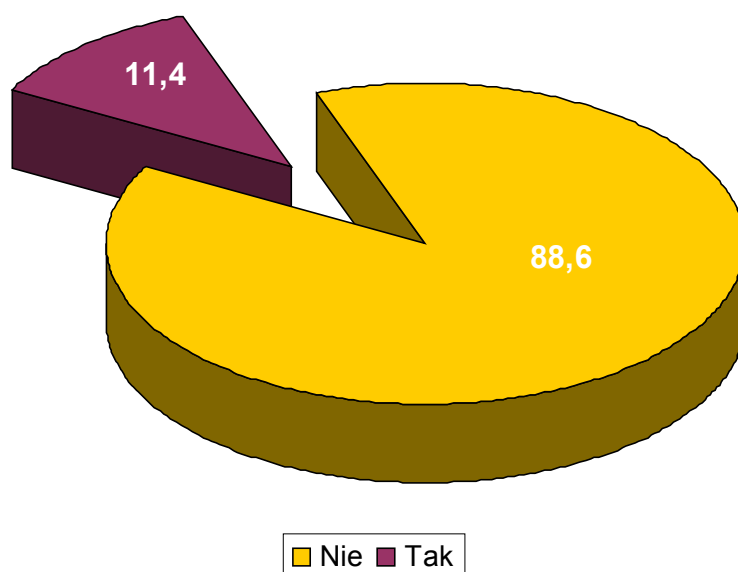
Średni czas pobytu w placówkach służby zdrowia wynosił ponad dziewięć miesięcy. Dla mężczyzn czas ten był o prawie trzy miesiące krótszy niż dla kobiet. Średnio w przychodni ogólnej pacjenci leczyli się ponad cztery miesiące – kobiety o ponad dwa miesiące krócej niż mężczyźni. W przychodni specjalistycznej badania i leczenie trwały średnio ponad trzy miesiące, przy czym mężczyźni korzystali z opieki tych placówek o ponad trzy miesiące krócej niż kobiety. Pobyt w szpitalu przed przyjęciem do Kliniki trwał średnio trzy tygodnie. Mężczyźni średnio przebywali w innych szpitalach ok. dwóch tygodni, a kobiety prawie miesiąc. W innych placówkach służby zdrowia (poza wymienionymi w tym pytaniu) średnio respondenci leczyli się ponad miesiąc. Przy czym ponownie mężczyźni leczyli się ponad trzy tygodnie, natomiast kobiety prawie dwa miesiące (tabela 4.12.4).

Tabela 4.12.4. Czas (w miesiącach) leczenia w ośrodkach służby zdrowia przed przyjęciem do Kliniki.

Rodzaj instytucji	Ogółem		Mężczyźni		Kobiety		P (test Mann'a-Whitney'a)
	Średnia (SD)	Mediana (Q3-Q1)/2	Średnia (SD)	Mediana (Q3-Q1)/2	Średnia (SD)	Mediana (Q3-Q1)/2	
Przychodnia ogólna	4,36 (27,12)	0,23 (1,00)	5,40 (35,70)	0,23 (1,00)	3,08 (8,55)	0,47 (0,88)	p = 0,145
Przychodnia specjalistyczna	3,43 (26,50)	0,47 (1,00)	1,90 (8,1)	0,70 (1,00)	5,28 (38,57)	0,47 (1,00)	p = 0,602
Inny szpital	0,79 (3,01)	0,23 (0,50)	0,67 (1,98)	0,00 (0,35)	0,95 (3,93)	0,23 (0,50)	p = 0,096
Inne	1,21 (4,33)	0,00 (0,50)	0,81 (1,59)	0,00 (0,50)	1,71 (6,20)	0,23 (0,50)	p = 0,196
Ogółem	9,33 (37,84)	3,02 (2,01)	8,00 (35,51)	3,02 (1,51)	10,97 (40,59)	3,02 (2,01)	p = 0,308

Z powodu występowania niepokojących objawów ze przewodu pokarmowego tylko nieliczna grupa chorych (11,4%) skorzystała z porad przedstawicieli medycyny niekonwencjonalnej (zielarze, bioenergoterapeuci itp.) (wykres 4.12.6).

Wykres 4.12.6. Korzystanie przez badanych z porad przedstawicieli medycyny niekonwencjonalnej z powodu występowania objawów ze strony przewodu pokarmowego (dane w %).



4.13. Postawy wobec choroby w opinii badanych

Poproszono badanych o ustosunkowanie się do pewnych stwierdzeń na temat własnej choroby i jej przyczyn. Optymistycznym jest, że ze stwierdzeniem, iż „choroba to wyzwanie, które trzeba podjąć”, zdecydowanie zgadzało się 90,3% respondentów, nieznacznie mocniej przekonanie to wyrażały kobiety (90,7%), niż mężczyźni (89,9%). Przede wszystkim zaś częściej ze stwierdzeniem tym zgadzały się osoby młodsze poniżej 50 roku życia (95,1%), a także osoby pomiędzy 51 a 60 rokiem życia (92,5%) w odróżnieniu do osób starszych – powyżej 61 roku życia, wśród których częstość twierdzących odpowiedzi nie przekroczyła 86,2%.

W konfrontacji z chorobą – przynajmniej w pierwszym okresie leczenia szpitalnego – kobiety wydawały się być słabsze, mniej odporne, wyraźniej mały poczucie krzywdy, że choroba dotknęła właśnie je (21,7% vs 13,1% mężczyzn). Istotnie częściej zgadzały się też z tezą, że los (Bóg) może wszystkich doświadczyć, i że choroba jest niezależna od starań o zdrowie (70,8% vs 59,8%). Opinię tą istotnie częściej potwierdzały również osoby z wykształceniem podstawowym (84,2%), natomiast wraz ze wzrostem wykształcenia malał odsetek osób potwierdzających tą opinię.

Poczucie krzywdy, niesprawiedliwości, że choroba dotknęła właśnie ich, odczuwały wyraźniej osoby z wykształceniem podstawowym, niż z wyższym (22,8% vs 11,4), raczej młodsze niż starsze (24,7% vs 14,5%) oraz mieszkańcy wsi aniżeli Krakowa lub innych dużych miast (21,0% vs 13,7%). Ci ostatni przyznawali też częściej – w odróżnieniu od mieszkańców Krakowa i innych dużych miast, iż za mało dbali o swoje zdrowie (44,0 % vs 35,4%). Istotnie częściej o zbyt małą troskę o własne zdrowie obwiniwały się również osoby pomiędzy 51 a 60 rokiem życia (49,2%) w odróżnieniu do osób poniżej 50 roku życia oraz powyżej 61 roku życia (34,6%).

Motywacja do walki z rakiem rosła wraz z poziomem wykształcenia, jednak wśród osób z wykształceniem wyższym nieco słabła, malała także wraz z wiekiem (tabela 4.13.1 oraz tabela 4.13.2).

Tabela 4.13.1. Postawy wobec choroby a płeć i miejsce zamieszkania - tylko odpowiedzi „TAK” (dane w %).

Opinie o chorobie	Ogółem badani	Płeć		Miejsce zamieszkania		
		Mężczyźni	Kobiety	Kraków i inne duże miasta	Małe miasta	Wieś
1. Choroba to wyzwanie, które trzeba podjąć	90,3	89,9	90,7	88,0	95,3	90,0
2. Bóg (los) może doświadczyć wszystkich, choroba jest niezależna od starań o własne zdrowie	64,7	59,8*	70,8*	62,9	60,0	72,0
3. Choroba jest wynikiem tego, że mało dbałem(am) o własne zdrowie	39,4	42,7	35,4	35,4	42,4	44,0
4. Mam poczucie krzywdy, że spotkało to właśnie mnie	16,9	13,1*	21,7*	13,7	18,8	21,0
5. Choroba jest wynikiem zaniedbań ze strony lekarzy	11,9	10,1	14,3	10,9	14,1	12,0

***p < 0,05**

Tabela 4.13.2. Postawy wobec choroby a wiek i wykształcenie- tylko odpowiedzi „TAK” (dane w %).

Opinie o chorobie	Wiek			Wykształcenie			
	18 -50 Lat	51-60 lat	61-70 lat	Podstawowe	Zas. Zawo- dowe	Średnie	Wyższe
1. Choroba to wyzwanie, które trzeba podjąć	95,1	92,5	86,2	78,9*	90,9*	94,9*	89,8*
2. Bóg (los) może doświadczyć wszystkich, choroba jest niezależna od starań o własne zdrowie	59,3	64,2	67,9	84,2*	62,3*	70,3*	45,5*
3. Choroba jest wynikiem tego, że mało dbałem(am) o własne zdrowie	34,6*	49,2*	34,6*	38,6	46,8	35,5	39,8
4. Mam poczucie krzywdy, że spotkało to właśnie mnie	24,7	15,0	14,5	22,8	15,6	18,8	11,4
5. Choroba jest wynikiem zaniedbań ze strony lekarzy	14,8	11,7	10,7	15,8	10,4	10,9	12,5

***p < 0,05**

4.14. Opinie o przyczynach choroby

Interesujące jest, z jakimi przyczynami chorzy na raka jelita grubego wiązali wystąpienie swojej choroby.

Najczęściej jako przyczynę wystąpienia choroby badani podawali:

1. stresujący tryb życia (40,3%) - praca, ogólna sytuacja polityczno-ekonomiczna kraju,
2. stresujące wydarzenia, które miały miejsce ostatnio w ich życiu (20,0%) - śmierć kogoś bliskiego np. matki, współmałżonka, dziecka; przejście na emeryturę; utrata pracy lub przeniesienie na gorsze stanowisko; choroba w rodzinie; spowodowanie wypadku komunikacyjnego, w którym zginął człowiek,
3. nieprawidłowe i nieregularne odżywianie się (17,2%) - skażona żywność lub woda; brak czasu na zjedzenie posiłku,
4. inne przyczyny (21,7%) - rodzinne predyspozycje do chorób przewodu pokarmowego określane często jako skłonności genetyczne; „uszkodzenie” jelit w trakcie innych operacji; siedzący tryb życia; palenie papierosów; „przeziębienie” odbytu, jelit - cyt. „podwiało mnie”; „ugniatanie” jelit na skutek nieprawidłowej

postawy – cyt. „w pracy siedziałam taka pokrzywiona”; trudne życie w ogóle – niedożywienie w trakcie wojny, praca ponad siły, trudne dzieciństwo,

5. niepowodzenia życiowe (1,7%) – rozwód, odwołanie z ważnego stanowiska państwowego, „niezrobienie” habilitacji w określonym czasie .

Przyczyny wystąpienia choroby nie potrafiło podać 39,2% badanych.

Znaczące różnice pomiędzy kobietami a mężczyznami dotyczyły tylko jednej odpowiedzi. Mianowicie kobiety istotnie częściej wskazywały na to, że choroba rozpoczęła się w niedługim czasie po przeżyciu bardzo stresującego wydarzenia – poważnej choroby lub śmierci np. jednego z rodziców, dziecka, rozwodu (25,5% vs 15,6%).

Osoby z wyższym wykształceniem przyczyny choroby upatrywały w niewłaściwym stylu życia – złe odżywianie się (22,7%), stresujący tryb życia (52,3%) – cyt. „pracuję od świtu do nocy, nie mam czasu na odpoczynek, relaks”. Prawie 56,1% badanych z wykształceniem podstawowym w porównaniu do 26,1% z wykształceniem wyższym nie potrafiło podać przyczyny choroby.

Istotnie częściej uważało, że choroba spowodowana była stresującymi wydarzeniami, które miały miejsce ostatnio w ich życiu 26,7% osób w wieku od 51 do 60 lat, w porównaniu do 15,1% osób starszych – powyżej 61 roku życia. 17,6% osób powyżej 61 roku życia w porównaniu do 29,6% osób poniżej 50 roku życia uważały, że zaburzenia w ich stanie zdrowia spowodowane były innymi przyczynami. Najczęściej za przyczynę choroby podawali uwarunkowania genetyczne (tabela 4.14.1).

Tabela 4.14.1. Przyczyny wystąpienia choroby w opinii respondentów – tylko odpowiedzi Tak (dane w %).

Przyczyny:	Płeć		Wykształcenie				Wiek		
	Mężczyźni	Kobiety	Podst.	Zas. Zaw.	Średnie	Wyższe	18-50	51-60	61-70
Nieprawidłowe odżywianie	20,1	13,7	3,5*	22,1*	16,7*	22,7*	19,8	17,5	15,7
Nieregularne odżywianie	19,1	14,9	10,5	15,6	16,7	23,9	19,8	19,2	14,5
Stresujący (nerwowy) tryb życia	36,7	44,7	26,3*	28,6*	44,9*	52,3*	43,2	41,7	37,7
Stresujące wydarzenia, które miały miejsce ostatnio w Pana(i) życiu	15,6*	25,5*	12,3	14,3	25,4	21,6	19,8*	26,7*	15,1*
Niepowodzenia życiowe	1,0	2,5	1,8	1,3	1,4	2,3	2,5	3,3	0,0
Inne przyczyny	25,1	17,4	15,8	22,1	21,7	25,0	29,6	21,7	17,6
Nie znam przyczyny swoich dolegliwości	40,7	37,3	56,1*	41,6*	39,1*	26,1*	33,3	38,3	42,8

***p < 0,05**

Analizując dane zauważono również powtarzające się uwagi na temat relacji lekarz – pacjent oraz funkcjonowania instytucji medycznych. Istotnie statystycznie różnice dotyczyły głównie: niepewności co do stawianej przez lekarzy diagnozy – na problem ten zwracało uwagę 22,4% kobiet i 12,1 % mężczyzn, a także częściej osoby z wykształceniem wyższym; zbyt małej ilości informacji udzielanej chorym przez lekarza na temat diagnozowania, leczenia oraz przebiegu choroby – istotnie częściej sygnalizowały ten problem osoby z wykształceniem wyższym. Ponadto osoby z wykształceniem wyższym oraz (co ciekawe) z podstawowym wypowiedziały szereg innych krytycznych uwag związanych głównie ze sposobem traktowania pacjentów przez lekarzy i pozostały personel medyczny w trakcie wykonywanych badań, zbyt długiego oczekiwania na wykonanie badań i wizytę w gabinecie lekarza, brak zaufania wynikający z wcześniejszych, negatywnych doświadczeń związanych z kontaktami z lekarzem, instytucjami medycznymi (tabela 4.14.2).

Tabela 4.14.2. Uwagi wypowiedziane przez pacjentów na temat służby zdrowia – tylko odpowiedzi Tak (dane w %).

Uwagi dotyczące:	Płeć		Wykształcenie			
	Mężczyźni	Kobiety	Podstawowe	Zasadnicze Zawodowe	Średnie	Wyższe
1. Niepewność diagnozy	12,1*	22,4*	14,0*	13,0*	13,8*	26,1*
2. Nieskuteczność stosowanych leków	2,0	3,1	1,8	2,6	2,9	2,3
3. Zbyt długie oczekiwanie na badania specjalistyczne	25,6	21,7	17,5	22,1	26,1	26,1
4. brak informacji ze strony lekarza na temat choroby	12,6	13,0	8,8*	7,8*	11,6*	21,6*
5. Odpłatność za usługi medyczne – formalne.	7,0	6,8	7,0	7,8	6,5	6,8
6. Inne uwagi	11,6	15,5	17,5*	9,1*	9,4*	20,5*

* $p < 0,05$

5. Dyskusja i wnioski

Mimo szybkiego rozwoju nowoczesnych technik diagnozowania i leczenia nowotworów ludzie nadal odczuwają lęk i piętno kryjące się za tym słowem. Naukowcy ocenili, że pomiędzy rokiem 2000 a 2020 całkowita liczba nowych przypadków zachorowań na nowotwory wzrośnie o 73% w krajach rozwijających się oraz o 29% w krajach rozwiniętych. Wpływ na taką sytuację będzie miało również postępujące starzenie się społeczeństw, zwłaszcza w krajach europejskich. W Polsce rak jelita grubego stanowi drugą przyczynę zgonów, zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet.

Pierwszym momentem krytycznym, w tym co socjologowie nazywają „przebiegiem życia pacjenta nowotworowego” (patent career), jest okres przed i po diagnozie (Morris i Sherwood, 1987; Rainer i wsp., 1983). W okresie tym następują pierwsze podejrzenia obecności guza oraz podjęcie decyzji o zgłoszeniu się do lekarza. Psychologiczne reakcje pacjenta na rozpoznanie nowotworu zawierają rozpacz, lęk, poczucie niemocy, beznadziejności, stłumionej bądź jawnej depresji. Reakcje te można traktować jako silne obniżenie pierwotnego dobrostanu psychicznego, co może mieć niekorzystny wpływ na zasoby odpornościowe organizmu [¹⁶⁵, ¹⁶⁶].

Odrębność tego okresu jest mało rozpoznana przez specjalistów i prawdopodobnie istnieje znaczny opór w stosunku do działań z zakresu promocji zdrowia w okresie stawiania diagnozy. Sami pacjenci nowotworowi podają często, że okres ten jest wysoce stresujący i niepokojący, stąd też interwencyjne programy psychospołeczne wydają się być bardzo potrzebne.

Istotnym źródłem wsparcia dla pacjenta w tym okresie powinni być pracownicy medyczni oraz rodzina. Jednakże, co sugerują studia przypadków i badania epidemiologiczne, a także prezentowane w tej pracy wyniki, wielu pacjentów jest niezadowolonych z poziomu wsparcia emocjonalnego i informacyjnego otrzymywanego od swoich lekarzy i/lub współmałżonków (Lewis i Bloom, 1979, Waltz, 1997). Ponadto wielu pacjentów nie posiadało wspierającego ich układu społecznego w czasie tego trudnego emocjonalnie okresu osławiania się z nowotworem [¹⁶⁷, ¹⁶¹].

Dlatego też potrzebne są szerokie programy treningowe i uzupełniające kształcenie dla pracowników służby zdrowia, a zwłaszcza dla pielęgniarek, zarówno pracujących w Podstawowej Opiece Zdrowotnej, jak i w oddziałach szpitalnych, jako potencjalnych źródeł promującego zdrowie wsparcia. Dotyczy to również uruchomienia potencjału

wspierającego ze strony rodziny i naturalnego układu społecznego otaczającego pacjenta w czasie tej wczesnej fazy przystosowania się do „życia z nowotworem”.

Przedstawione wyniki są zbliżone do wyników uzyskanych przez Tobiasz-Adamczyk (1999) odnośnie percepcji objawów przez chorych z rakiem jelita grubego i pokazały, że kobiety częściej dostrzegały u siebie większość objawów – kobiety istotnie częściej dostrzegały takie objawy, jak: brak apetytu, nudności, bóle brzucha. Prawie wszyscy badani obserwowali u siebie wyraźny sygnał wskazujący na chorobę nowotworową – smolisty stolec lub krew w stolcu. Natomiast do najbardziej uporczywych objawów chorzy zaliczyli nudności lub wymioty, bóle w okolicy żołądka, odbijania i zgagę, wzdęcia oraz uczucie pełności. Występujące objawy nie wzbudzały u większości chorych poczucia zagrożenia poważną chorobą np. pojawienie się krwi w stolcu lub smolistego stolca poważnie zaniepokoiło niewiele ponad połowę badanych obserwujących u siebie ten objaw. Również drugi charakterystyczny objaw dla choroby nowotworowej, jakim jest spadek masy ciała nie budził wśród chorych obaw o stan zdrowia. W tym badaniu do najczęściej podejrzewanych u siebie chorób chorzy zaliczyli: hemoroidy, wrzód żołądka oraz polipy [71].

Także inne badania przeprowadzone wśród chorych z rakiem jelita grubego pokazały brak istotnych różnic pomiędzy kobietami a mężczyznami w lepszym rozpoznawaniu objawów chorobowych oraz szybszym reagowaniu na symptomy mogące świadczyć o chorobie nowotworowej [168]. Badania przeprowadzone przez Bostick'a i współpracowników również potwierdziły niski poziom wiedzy na temat wczesnych ostrzegawczych symptomów nowotworów [169].

Tobiasz – Adamczyk (1999) w swoich badaniach pokazała, że wybory osób, do których zwracano się o pomoc, skierowane były na rodzinę i najbliższych przyjaciół.

Mężczyźni chętniej o swoich problemach rozmawiali ze współmałżonkami, natomiast kobiety częściej omawiały i analizowały objawy chorobowe ze swoimi dziećmi oraz innymi członkami rodziny. Natomiast chętniej swoimi troskami związanymi z dolegliwościami chorobowymi z przyjaciółmi i innymi bliskimi znajomymi dzielili się mężczyźni niż kobiety.

Osoby z niższym poziomem wykształcenia szukały pomocy i wsparcia w kręgu najbliższej rodziny, a badani z wykształceniem wyższym częściej odwoływały się do porad znajomych lekarzy. To co może budzić niepokój to fakt, iż zarówno w wynikach uzyskanych przez Tobiasz – Adamczyk, jak również w tych uzyskanych obecnie, badani

nie zwracali się o pomoc, czy poradę do pracowników służby zdrowia, szczególnie do pielęgniarek [71].

Ostrowska (2005) analizując struktury wsparcia psychospołecznego Polaków na tle obywateli innych krajów europejskich odnotowała większą rolę szerszej, rozbudowanej rodziny a nie tylko małżeństwa oraz dominację układów przyjacielskich jako źródła wsparcia. Inne polskie badania również potwierdzają zmniejszającą się rolę partnerów małżeńskich w zapewnieniu sobie wsparcia m. in. w Diagnozie 2003 liczba przyjaciół okazała się czynnikiem znacznie ważniejszym od stanu cywilnego i rodzinnego [78].

Stosowanie samoleczenia przez chorych z rakiem jelita grubego może wynikać z jednej strony ze specyfiki objawów, powszechnie uważanych za wstydlive, natomiast inną przyczyną może być również podeszły wiek większości chorych. Wiele badań potwierdza, że stosowanie samoleczenia jest powszechne wśród pacjentów starszych wiekiem. Badania przeprowadzone wśród mieszkańców Nowego Jorku (powyżej 60 roku życia) pokazały, iż pojawienie się pewnych dolegliwości tłumaczone jest traktowaniem niektórych objawów jako „naturalnych” w starszym wieku np. reakcją na bóle brzucha było: nie podjęcie żadnych działań (24,6%), samoleczenie za pomocą przyjmowania leków (37,7%), inne formy samoleczenia (26,6%), wreszcie wizyta u lekarza (11,5%). Występowanie biegunki było powodem zgłoszenia się do lekarza tylko 3,1% badanych, 44,6% osób stosowało odpowiednie leki, 24,6% stosowało inne środki przeciw biegunce, natomiast 27,7% osób nie stosowało żadnego leczenia. Podobnie zaparcia leczone były samodzielnie za pomocą leków (58,5%) lub innych dostępnych środków (23,2%). Z powodu zaparć do lekarza zgłosiło się tylko 11,3% badanych, a nie robiło nic 7,3% osób. Krwawienie z odbytu nie spowodowało żadnej reakcji aż u 45,4% badanych, 54,5% osób zastosowało różne formy samoleczenia, a do lekarza zgłosiło się zaledwie 9,1% chorych [170].

W badaniach przeprowadzonych w Krakowie w latach 1996 – 1999 na grupie chorych z rakiem jelita grubego stosowanie samoleczenia potwierdziło 58% mężczyzn i 63% kobiet. Największą popularnością cieszyły się zioła i leki kupowane w aptece bez recepty, a także stosowanie nasiodówek, środków na przeczyszczenie, zażywanie mleczek na zgagę. W odpowiedzi na odczuwane dolegliwości chorzy z rakiem jelita grubego weryfikowali także swoje dotychczasowe nawyki żywieniowe (ograniczano potrawy ciężkostrawne, spożywano więcej gotowanych potraw, przestrzegano regularności posiłków, spożywano więcej surowych warzyw i owoców). W badanej grupie z picia kawy

zrezygnowała połowa chorych, palenie papierosów ograniczyło 37,5% mężczyzn i 33,3% kobiet, zaniechało picia alkoholu 37,6% mężczyzn i 23,7% kobiet [71].

Wyniki badań dotyczących grupy dorosłych mieszkańców stanu Queensland w Australii pokazały, że styl życia był uważany za główny czynnik wpływający na zdrowie i większość respondentów deklarowała postępowanie zgodnie z zaleceniami lekarza/pielęgniarki, w celu obniżenia ryzyka zachorowania na raka jelita grubego. W przypadku, gdy symptomy raka jelita grubego byłyby oczywiste, większość badanych byłaby przygotowana do zmierzenia się z tym problemem, zgłosiłaby się do lekarza i nie ulegałaby lękowi przed badaniami, a koszty badań nie byłyby barierą uniemożliwiającą ich przeprowadzenie [171].

Wyniki badań krakowskich przeprowadzonych wśród chorych z rakiem jelita grubego pokazały, że pojawiające objawy spowodowały znaczne zmiany w stanie emocjonalnym chorych. Ponad 30% badanych mężczyzn i kobiet odczuwało rozdrażnienie. Kobiety częściej niż mężczyźni były zniechęcone i podenerwowane faktem, iż objawy nie ustępowały. Dwukrotnie więcej kobiet niż mężczyzn potwierdziło odczuwanie lęku oraz poczucie rezygnacji z powodu występujących objawów. W tej grupie mężczyźni znacznie częściej gotowi byli do stawienia czoła chorobie niż kobiety. Poczucie zniechęcenia w znacznie wyższym stopniu wyrażali chorzy stanu wolnego niż pozostający w związkach małżeńskich oraz osoby z niższym poziomem wykształcenia niż z wyższym [71].

Kemppainen i współpracownicy po przeanalizowaniu losów 178 pacjentów z rakiem jelita grubego mieszkających w Finlandii podali iż średni czas od pojawienia się objawów do zgłoszenia się do lekarza wynosił 82,8 dni. Przy czym dla mężczyzn poniżej 65 roku życia oraz kobiet powyżej 80 roku życia czas ten był nieco dłuższy [172]. Niestety wyniki te w sposób znaczny różnią się od zaprezentowanych w tej pracy.

Badania poświęcone zachowaniom osób, u których rozpoznano raka jelita grubego i raka żołądka, wykazały, że zgłaszały się one do lekarza dopiero po dostrzeżeniu objawów wyrażnie nietypowych, tj. nagłe zatrzymanie gazów i stolca, smolisty stolec lub krew w stolcu, uporczywe bóle w okolicy brzucha, biegunki czy wymioty. Objawy takie jak zgaga, nudności czy brak apetytu, nie stanowiły dla zdecydowanej większości badanych wystarczającego powodu, by szukać pomocy lekarza. Uznanie objawów za istotne różnicowało moment udania się do lekarza - ci, spośród badanych, którzy poważnie zinterpretowali odczuwane dolegliwości, szukali pomocy lekarskiej przeciętnie po 30 tygodniach. Natomiast ci, którzy uznali objawy za mało ważne, zwlekali przeciętnie

50 tygodni (dotyczyło to pacjentów z rakiem jelita grubego). Na decyzję szukania profesjonalnej pomocy miała wpływ także aktywność życiowa - później szukały jej osoby aktywne, zajęte innymi jak twierdziły, sprawami. „...Osoby, które zwlekały z pójściem do lekarza, były w młodszym wieku; nieco więcej było wśród nich osób z wyższym wykształceniem, pozostających w związkach małżeńskich. Informowali oni lekarza o swoich dolegliwościach najczęściej przy okazji innej choroby. Równocześnie były to osoby o mniejszej liczbie odczuwanych objawów, które nie miały charakteru objawów uporczywych. Osoby te dwukrotnie dłużej zwlekały z pójściem do lekarza, gdy uważały, że objawy są mało ważne (86,3 tyg.), były zaangażowane w inne sprawy (96,6 tyg.), wstydzili się swoich objawów (123 tyg.), obawiali się nieprzyjemnych doznań w trakcie badań specjalistycznych (103,5 tyg.)...” [71].

Ostrowska (2001) analizując dane zebrane z lat 1976, 1995, 1999 zaobserwowała, że pacjenci coraz częściej doprowadzają do kontaktu z lekarzem dopiero w ostateczności. Dalsza analiza pokazała, że zachowania te nie zależą od takich czynników demograficznych, jak wiek czy płeć. Pewien wpływ na szybkie zgłoszenie się do lekarza miała samoocena stanu zdrowia – osoby gorzej oceniające stan swojego zdrowia szybciej zgłaszały się do lekarza. Wyraźny wpływ na zachowanie w chorobie miał poziom wykształcenia. Porównując lata 1995 i 1999 wraz ze wzrostem wykształcenia wzrastała częstość racjonalnych zachowań w obliczu choroby. Powyższe dane pokazały, że zachowania związane z poszukiwaniem pomocy w chorobie są silnie zdeterminowane kulturowo i społecznie: wyższe wykształcenie, lepsza wiedza medyczna, przynależność do klasy średniej oraz charakterystyczna dla niej socjalizacja pomagają w kształtowaniu zachowań racjonalnych w stosunku do choroby [57].

Zgłoszenie się do lekarza nie oznaczało jednak postawienia szybkiej diagnozy i skierowania chorego na właściwą diagnostykę oraz leczenie do ośrodka specjalistycznego.

Większość respondentów zgłaszała się do lekarza pierwszego kontaktu pracującego w przychodni ogólnej. Inne badania także pokazały, że zwykle pierwszym lekarzem dla większości chorych jest lekarz ogólny pracujący w Podstawowej Opiece Zdrowotnej [71, 99]. Jednak im wyższy był poziom wykształcenia badanych i lepsza sytuacja materialna, tym częściej osoby te korzystają z usług lekarzy prywatnych. Często wynikało to z przeświadczenia o lepszej jakości usług, niż tych, które respondenci mogliby uzyskać w ramach ubezpieczenia. Najwięcej osób płacących za leczenie było wśród przedstawicieli kadry kierowniczej i inteligencji oraz pracujących na własny rachunek poza rolnictwem.

Jak ważne jest trafne zlecenie badań pokazują wyniki badania przeprowadzonego w Finlandii. Za pomocą najprostszego badania, które powinien wykonać każdy lekarz Podstawowej Opieki Zdrowotnej, badania palpacyjnego odbytu w badanej grupie wykryto 60% nowotworów odbytu. W tej grupie badanych średni czas od pierwszej wizyty u lekarza do postawienia diagnozy wyniósł 44,7 dni [172].

Ostrowska (2001) analizując kwestie związane z relacją lekarz – pacjent konsekwentnie wskazywała na znacznie lepszą sytuację pacjentów posiadających wyższe wykształcenie i wyższą pozycję społeczną. Osoby te nawiązywały łatwiej właściwą komunikację z lekarzem, rzadziej skarżyły się na trudności w uzyskaniu informacji dotyczących choroby, częściej był pytane o zgodę na zaproponowany przez lekarza sposób leczenia. Trudności w komunikacji, w przedstawieniu skomplikowanych spraw w przystępny, zrozumiały dla pacjenta sposób zbyt często stają się barierą uniemożliwiającą mu udział w rozwiązywaniu problemów związanych ze stanem jego zdrowia. Z kolei dystans, jaki mogą odczuwać w stosunku do lekarza jako profesjonalisty, osoby znajdujące się niżej od niego w hierarchii społecznej, przejawiający się choćby oporami przed zadawaniem zbyt wielu pytań, często jest interpretowany przez lekarza jako przyzwolenie do podejmowania przez niego wszystkich decyzji [57].

Badania prowadzone wśród chorych z rakiem żołądka i jelita grubego (Tobiasz – Adamczyk, 1999) wykazały, że zmiana lekarza nastąpiła w wyniku uzyskania skierowania od lekarza ogólnego do specjalisty (gastrologa), niemniej około 18-20% chorych zdecydowało się na zmianę lekarza z powodu niezadowolenia z ze sposobu leczenia [71].

W 1992 roku Wronkowski przedstawił zadania na przyszłość w zwalczaniu nowotworów złośliwych w Polsce w ramach projektu Zdrowie dla wszystkich w roku 2000. Obejmowały one m.in. promocję zdrowia (zmianę postaw i zachowań zdrowotnych populacji; kształtowanie polityki zdrowotnej przez władze polityczne i administracyjne; stworzenie atmosfery i prozdrowotnych postaw materialnych w kraju), profilaktykę pierwotną (zwalczanie palenia tytoniu; promocję właściwych postaw żywieniowych i warunków żywieniowych; zmniejszenie ryzyka środowiskowego, zawodowego i wynikającego z działań medycznych), profilaktyka wtórna (ustanowienie systemu badań przesiewowych; wczesne bądź wcześniejsze wykrywanie nowotworów złośliwych w czasie rutynowych badań służby zdrowia; szybka diagnostyka nowotworów złośliwych), leczenie, opieka po leczeniu, opieka paliatywna, opieka terminalna [¹⁷³].

W świetle uzyskanych wyników postulaty dotyczące wczesnego wykrywania nowotworów w czasie rutynowych badań, szybka diagnostyka w przypadku chorych z rakiem jelita grubego wydają się być po 14 latach nadal trudne do zrealizowania.

Ważne wydają się również organizowanie grup samopomocy dla chorych oraz udzielanie wsparcia przez naturalne środowisko pacjenta – współmałżonkowie, rodzice, dzieci, a także szersze środowisko społeczne w pracy, miejscu zamieszkania. Niedoceniane są programy, które ułatwiłyby choremu powrót do pracy oraz ogólną reintegrację społeczną po rozpoznaniu nowotworu. Są one konieczne dla utrzymania istniejących przed rozpoznaniem choroby więzi społecznych oraz dla promocji społecznego dobrostanu chorych i ich dobrego zdrowia psychicznego.

Ważnym źródłem wsparcia informacyjnego dla chorych, zwłaszcza we wstępnej fazie choroby nowotworowej mogłyby być osoby, które same doświadczyły losu pacjenta nowotworowego i mogą wypowiedzieć magiczne słowa „ja miałem raka”, burząc w ten sposób ścianę milczenia oraz społeczno - emocjonalne osamotnienie wielu nowo doświadczonych pacjentów nowotworowych. Zwieranie się stanowi tradycyjną formę nieprofesjonalnej psychoterapii, celem której jest zmniejszenie psychicznego napięcia związanego z rozpoznaniem choroby nowotworowej. Wsparcie emocjonalne udzielane przez odwiedzających – byłych pacjentów – ma dwa główne cele: wzbudzenie w chorych optymizmu i rozładowanie ich gniewu oraz rozbudzenie ducha walki pozwalającego przezwyciężyć chorobę. Ponadto osoby nieprofesjonalne odwiedzające chorych mogą wpajać chorym poczucie skuteczności własnych działań i osobistej kontroli sytuacji, a ponadto mogą również przekazywać swoista wiedzę techniczną oraz wskazówki dotyczące codziennego życia pacjentów.

Światowa Organizacja Zdrowia, Rada Europy oraz inne instytucje zalecają decydom w dziedzinie polityki zdrowotnej rozważenie sposobów i środków wykorzystania tego ogromnego potencjału dla promocji zdrowia w opiece onkologicznej. Kilka krajów np. Belgia, Republika Federalna Niemiec, Wielka Brytania przyjęło już politykę samopomocy w opiece onkologicznej.

Przedstawione w tej pracy badania upoważniają do sformułowania następujących wniosków:

- większość objawów choroby była postrzegana jako niegroźna; badani bagatelizowali zwłaszcza mało uciążliwe objawy chorobowe,
- ryzyko późniejszego zgłoszenia się do lekarza było związane ze zmianą stylu życia po zauważeniu pierwszych objawów, lekceważenie objawów oraz zaabsorbowanie sprawami dnia codziennego, natomiast rozmowy z członkiem najbliższej rodziny przyspieszały zgłoszenie się do lekarza,
- oczekiwanie pomocy i wsparcia odnosiło się głównie do członków najbliższej rodziny,
- wsparcie bezpośrednie ze strony najbliższych, działało na zasadzie bufora osłaniającego i ochraniającego jednostkę przed niekorzystnymi wpływami i doświadczeniami, pozwalając jednocześnie na łagodzenie negatywnych skutków stresu, który towarzyszy chorobie, chorobę postrzegano jako konsekwencję narażenia się na określone czynniki stresujące, które w bezpośredni lub pośredni sposób mogły być odpowiedzialne za jej wystąpienie.
- charakter objawów sprzyjał wiązaniu ich z dotychczasowym stylem życia, zwłaszcza ze sposobem odżywiania.
- zdiagnozowanie choroby zaburzało stan emocjonalny badanych, wyzwało jednak ich aktywność w celu przeciwdziałania chorobie,
- badani wskazywali na różne sposoby radzenia sobie z emocjami towarzyszącymi zdiagnozowanej chorobie,
- dolegliwości chorobowe na ogół nie uniemożliwiały codziennej aktywności w domu, pracy zawodowej, kontaktów interpersonalnych,
- walka z chorobą budowana była na bazie wiary w wyleczenie, pozytywnych przykładach z otoczenia, radach i wsparciu najbliższych,
- chorzy starali się dociec nie tylko przyczyn odczuwanych objawów przez odwołanie się do „swoich biograficznych uwarunkowań”, ale także „próbowali ustalić” kto lub co ponosi odpowiedzialność za chorobę, która ich dotknęła,
- analizowanie ewentualnych związków pomiędzy wydarzeniami biograficznymi a pojawieniem się dolegliwości, wiązało się również z poczuciem odpowiedzialności za te dolegliwości,

- wyobrażenia badanych o przyczynach choroby wskazywały przede wszystkim na postrzeganie jej związku z narażeniem na określone czynniki ryzyka,
- zgłoszenie się do lekarza nie oznaczało szybkiego i trafnego zdiagnozowania oraz podjęcia leczenia. Okres trwania choroby wydłużony był dodatkowo przez pośrednie stadia leczenia, które w sposób istotny mogą wpływać na szanse wyleczenia chorego.
- uwagi kierowane pod adresem pracowników służby zdrowia (lekarzy, pielęgniarek) dotyczyły głównie przedmiotowego traktowania pacjenta, zbyt małej ilości informacji na temat choroby, niepewności stawianej diagnozy, braku zaufania do lekarza wynikającego z wcześniejszych negatywnych doświadczeń.

Przedstawione badanie wskazuje na konieczność podjęcia masowych działań ukierunkowanych na podnoszenie edukacji i świadomości zdrowotnej wśród różnych grup wiekowych naszego społeczeństwa. W działania te powinni być włączeni nie tylko promotorzy zdrowia, ale przede wszystkim pielęgniarki, lekarze rodzinni i lekarze pierwszego kontaktu oraz szpitale realizujące programy promocji zdrowia.

Celem tych działań powinno być uświadomienie „potencjalnym” pacjentom na jakie objawy ze strony przewodu pokarmowego powinni być szczególnie „uczuleni” i jakie sygnały ze strony organizmu powinny spowodować natychmiastowe zgłoszenie się do lekarza.

6. Streszczenie

Współczesna medycyna dysponuje coraz lepszymi metodami zarówno diagnostyki, jak i leczenia, nie mniej choroby nowotworowe nadal pozostają „plagą” dotykającą coraz większą liczbę ludzi, zwłaszcza w krajach wysoko rozwiniętych, a walka z nimi jest wypadkową wielu złożonych uwarunkowań, wśród których ważną rolę odgrywają zachowania chorego.

Zachowania w chorobie wskazują na sposób, w jaki ludzie obserwując i kontrolując swój organizm, reagują na oznaki świadczące o nieprawidłowości w jego funkcjonowaniu, definiują i interpretują objawy chorobowe, chcąc im zapobiec szukają sami lub w swoim najbliższym otoczeniu pomocy, wreszcie podejmują lub nie decyzję o zgłoszeniu się do lekarza albo wybierają inne formy leczenia.

Praca przedstawia wyniki badań przeprowadzonych w latach 2000 – 2005 dotyczących psychospołecznych wyznaczników zachowań w chorobie. Badania prowadzone były wśród chorych z rakiem jelita grubego.

Celem badań było poznanie w jaki sposób determinanty psychospołeczne wpływają na zachowania chorych z rakiem jelita grubego. W badaniu za zachowanie w chorobie przyjęto całość reakcji i działań chorego od momentu zaobserwowania pierwszych objawów do chwili podjęcia ostatecznej decyzji diagnostycznej i terapeutycznej o leczeniu chirurgicznym w specjalistycznej klinice.

Retrospektywny opis przebiegu choroby z perspektywy pacjenta, scharakteryzowany przez jego indywidualne doświadczenia, pozwolił na poznanie sposobów percepcji objawów chorobowych przez pacjenta i jego rodzinę, metod radzenia sobie z objawami np. poprzez samoleczenie, motywów podjęcia decyzji o szukaniu pomocy (fachowej i niefachowej), momentu zgłoszenia się do lekarza, odtworzenia przebiegu procesu leczenia w różnych formach systemu opieki medycznej oraz determinantów relacji lekarz – pacjent i wpływu tej relacji na dalsze losy chorego.

Zgodnie z przyjętą metodyką badań wywiady dotyczące subiektywnej oceny przebiegu choroby przeprowadzane były wśród nowo hospitalizowanych pacjentów w wieku 18–70 lat, u których histologicznie potwierdzono raka jelita grubego i w związku z tą diagnozą byli przygotowywani do zabiegu operacyjnego. Zebrano w ten sposób 360 wywiadów.

Kwestionariusz, którym posługiwano się w badaniach nosił nazwę „Przebieg choroby w opinii pacjenta”. Został on opracowany przez zespół pracowników Zakładu

Socjologii Medycyny Katedry Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum. Składał się z 75 pytań (skal) oraz z 8 elementowej skali graficznej Dartmouth Coop Function Charts. Zebrany materiał poddano analizie statystycznej przy użyciu pakietu STATISTICA 5.0.

Większość objawów chorobowych była postrzegana przez respondentów jako niegroźna; badani bagatelizowali zwłaszcza mało uciążliwe objawy chorobowe. Oczekiwanie pomocy i wsparcia odnosiło się głównie do członków najbliższej rodziny. Wsparcie bezpośrednie ze strony najbliższych, działało na zasadzie bufora osłaniającego i ochraniającego jednostkę przed niekorzystnymi wpływami i doświadczeniami, pozwalając jednocześnie na łagodzenie negatywnych skutków stresu, który towarzyszy chorobie, chorobę postrzegano jako konsekwencję narażenia się na określone czynniki stresujące, które w bezpośredni lub pośredni sposób mogły być odpowiedzialne za jej wystąpienie.

Charakter objawów sprzyjał wiązaniu ich z dotychczasowym stylem życia, zwłaszcza ze sposobem odżywiania. Zdiagnozowanie choroby zaburzało stan emocjonalny badanych, wyzwalając jednak ich aktywność w celu przeciwdziałania chorobie. Ponad to badani wskazywali na różne sposoby radzenia sobie z emocjami towarzyszącymi zdiagnozowanej chorobie.

Dolegliwości chorobowe na ogół nie uniemożliwiały codziennej aktywności w domu, pracy zawodowej, kontaktów interpersonalnych.

Do najważniejszych czynników zwiększających ryzyko późniejszego zgłoszenia się do lekarza (dłużej niż 6 miesięcy od momentu zaobserwowania pierwszych objawów) wśród kobiet zaliczono zmianę sposobu żywienia ($ISz=5,79$; 95%PU (1,70-19,7)), lekceważenie objawów ($ISz = 6,98$; 95%PU (2,25 – 21,7) oraz zaabsorbowanie innymi sprawami – zawodowymi, rodzinnymi itp. ($ISz = 3,47$; 95%PU (1,07 – 11,2)). Natomiast kobiety, które o swoich dolegliwościach rozmawiały ze współmałżonkiem istotnie szybciej podejmowały decyzję o zgłoszeniu się do lekarza ($ISz=0,23$; 95%PU (0,07-0,83)). Mężczyźni, którzy uważali, że objawy ze strony przewodu pokarmowego jakie zaobserwowali u siebie były mało ważne piętnaście razy częściej zwlekali ze zgłoszeniem się do lekarza aniżeli pozostali.

Walka z chorobą budowana była na bazie wiary w wyleczenie, pozytywnych przykładach z otoczenia, radach i wsparciu najbliższych. Chorzy starali się dociec nie tylko przyczyn odczuwanych objawów przez odwołanie się do „swoich biograficznych

uwarunkowań”, ale także „próbowali ustalić” kto lub co ponosi odpowiedzialność za chorobę, która ich dotknęła.

Analizowanie ewentualnych związków pomiędzy wydarzeniami biograficznymi a pojawieniem się dolegliwości, wiązało się również z poczuciem odpowiedzialności za te dolegliwości. Wyobrażenia badanych o przyczynach choroby wskazywały przede wszystkim na postrzeganie jej związku z narażeniem na określone czynniki ryzyka.

Zgłoszenie się do lekarza nie oznaczało szybkiego i trafnego zdiagnozowania oraz podjęcia leczenia. Okres trwania choroby wydłużony był dodatkowo przez pośrednie stadia leczenia, które w sposób istotny mogą wpływać na szanse wyleczenia chorego.

Uwagi kierowane pod adresem pracowników służby zdrowia (lekarzy, pielęgniarek) dotyczyły głównie przedmiotowego traktowania pacjenta, zbyt małej ilości informacji na temat choroby, niepewności stawianej diagnozy, braku zaufania do lekarza wynikającego z wcześniejszych negatywnych doświadczeń.

Przedstawione badanie wskazuje na konieczność podjęcia masowych działań ukierunkowanych na podnoszenie edukacji i świadomości zdrowotnej wśród różnych grup wiekowych naszego społeczeństwa. W działania te powinni być włączeni nie tylko promotorzy zdrowia, ale przede wszystkim pielęgniarki, lekarze rodzinni i lekarze pierwszego kontaktu oraz szpitale realizujące programy promocji zdrowia.

Celem tych działań powinno być uświadomienie „potencjalnym” pacjentom na jakie objawy ze strony przewodu pokarmowego powinni być szczególnie „uczuleni” i jakie sygnały ze strony organizmu powinny spowodować natychmiastowe zgłoszenie się do lekarza.

7. Summary

Modern day medicine has developed progressively better diagnostic methods and forms of treatment, however, especially in industrial societies, neoplastic diseases still remain a “plague” afflicting large numbers of people. Combating such diseases involves designing interventions on a number of levels, among which illness behaviours play one of the most important roles. Illness behaviours describe the way in which people observe and control their body, respond to symptoms interpreted as an irregularity in function, define and interpret illness symptoms, look for help and finally take the decision to seek, or not to seek, medical attention. Previous research from 2000 to 2005 presents the psychosocial determinants of illness behaviours among patients with colorectal cancer.

The aim of this study was to show the way psychosocial determinants influence the behaviours of patients with colorectal cancer. For the purpose of this study, illness behaviours signify the actions taken by the patient from the moment of observing first symptoms to the moment of deciding on surgical treatment. Retrospective descriptions of the illness, taken from the patient’s perspective, could help recognize the ways in which symptoms were perceived by the patients themselves and their families. Methods of coping with these symptoms, for example through self-care, can motivate decision making for seeking help, the moment of going to the doctor, determinants of the doctor–patient relationship, and the impact of this relationship on the further life of the patient.

A baseline survey was carried out in patients with histopathological confirmation of colorectal cancer, admitted to the 1st Chair of General Surgery, Jagiellonian University in Krakow, for surgical treatment. The database consisted of 360 interviews with patients aged 18–70 years. Data for this study were collected using a questionnaire titled “Course of illness in the patients’ opinion,” designed at the Department of Medical Sociology, Chair of Epidemiology and Preventive Medicine, Jagiellonian University, Medical College. This questionnaire consisted of 75 questions and Dartmouth Coop Function Charts. Statistical analysis was done using STATISTICA 5.0 packet.

Most illness symptoms were perceived as mild and respondents tended to underestimate certain symptoms, such as flatulence, loss of appetite, heartburn, etc. Patients sought help and support mostly through family members. Illness was also seen as a consequence of stress, which could have been directly or indirectly responsible for the initiation of symptoms. When describing symptoms, patients often related them to a previous life style, especially concerning nutritional habits. Diagnosis of the illness led to

emotional disturbances among patients, but at the same time they found the strength to fight the cancer. Illness symptoms tended not to be debilitating, not making impossible everyday activities at home, work, and social contacts.

For women, the behaviours which most increased the probability of presenting to a physician more than six months from the moment of first observed symptoms were: changing dietary habits, disregarding the symptoms, and being busy. However, women who discussed their complaints with their husbands took the decision to go to the doctor significantly earlier. Men who judged their digestive symptoms as less important were fifteen times more likely to delay presenting to a physician.

Fighting their illness was based on faith in a sure recovery, positive examples, advice, and support from family. Patients tried to find not only the *reasons* for their illness, but also tried to establish who or what was *responsible* for their illness. Respondents analyzed the connection between life events and the moment of appearance of symptoms, they further took responsibility for this connection. Patient conceptions about the reasons for their illness were related to exposure to particular biological and psychological risk factors.

Going to the doctor did not always insure an accurate diagnosis and/or easy treatment. The duration of treatment was additionally prolonged by the intermediate stages of therapy, which could significantly influence the chances of patient recovery. Criticisms which patients directed towards their doctors and nurses were centred on: treating the patients as an object/thing, too little information about their illness, uncertainty about the diagnosis, and lack of trust in their physician.

This research suggests that action should be taken on a large scale to raise the educational level and health consciousness among different age groups in Polish society. This action should include not only public health professionals, but above all nurses, general practitioners, and hospitals which are on the front lines for realizing health promotion initiatives. The aim of this action should be to make people aware of “dangerous” gastrointestinal symptoms, which should be reason enough to immediately seek medical attention.

8. Literatura

- Parkin D.M.: Global cancer statistics in the year 2000. *Lancet Oncology*, 2001, 2: 533-543.
- ² National cancer control programs: policies and managerial guidelines. 2nd ed. WHO Geneva 2002.
- ³ Didkowska J. i wsp.: Nowotwory w Polsce w roku 2000. Polski Narodowy Rejestr Nowotworów.
- ⁴ Tyczyński J., Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W.: Nowotwory złośliwe w polskiej populacji, ze szczególnym uwzględnieniem nowotworów złośliwych jelita grubego. *Nowa Medycyna* 1998, 3: 3-11.
- ⁵ Gałaś A., Jędrychowski W.: Descriptive epidemiology of gastrointestinal cancer morbidity and mortality. [w] *Gastrointestinal cancer in Poland. Nutritional epidemiologic study* pod red. Jędrychowski W.. Jagiellonian University Press, Kraków 2004: 10.
- ⁶ Cummings J.H., Bingham S.A.: Diet and the prevention of cancer. *BMJ*, 1998, 317: 1636-1640.
- ⁷ Boeing H., Jędrychowski W., Wahrendorf J.: Dietary risk factors in intestinal and diffuse types of stomach cancer: a multicenter case-control study in Poland. *Cancer Causes Controls*, 1991, 2: 227-233.
- ⁸ Slattery M., Caan B., Potter J., Berry D.: Dietary energy sources and colon cancer risk. *Am. J. Epidemiol.*, 1997, 3: 199-210.
- ⁹ Jędrychowski W., Penar A., Gałaś A.: Energy intake and dietary habits of patients with colorectal cancer compared with the hospital-based controls. [w] *Gastrointestinal cancer in Poland. Nutritional epidemiologic study* pod red. Jędrychowski W. Jagiellonian University Press, Kraków 2004: 99-122.
- ¹⁰ Hertog M.G.L., Bas Bueno-de-Mesquita H., Fehily A.M., Sweetnam P.M., Elwood P.C., Kromhout D.: Fruit and vegetable consumption and cancer mortality in the Caerphilly Study. *Cancer Epidemiology. Biomarkers & Prevention*, 1996, 5: 673-677.
- ¹¹ Jędrychowski W., Popiela T., Steindorf K., Tobiasz-Adamczyk B., Kulig J., Penar A., Wahrendorf J.: Nutrient intake patterns in gastric and colorectal cancers. *Int. J. Occup. Med. Environ. Health*, 2001, 14 (4): 391-395.
- ¹² Watson R.R., Mufti S.I.: *Nutrition and cancer prevention*. Boca Raton: CRC, 1995.
- ¹³ Willet W.C., Stampfer M.J., Colditz G.A., Rosner B.A., Speizer F.F.: Relation of meat, fat and fiber intake to the risk of colon cancer in a prospective study among women. *N. Engl. J. Med.*, 1990, 323: 1664-1670.
- ¹⁴ Kinsella A., Schofield P.: Colorectal cancer: a scientific perspective. *Am. J. Epidemiol.* 1994, 6: 572-574.
- ¹⁵ Potter J.D.: Nutrition and colorectal cancer. *Cancer Causes Control* 1996, 7: 127-146.

- ¹⁶ Tobiasz – Adamczyk B.: Health beliefs and health behaviours in subpopulation of stomach cancer families and in the control group. *Cancer Letters*, 1997, 114: 301-304.
- ¹⁷ Jędrychowski W., Steindorf K., Popiela T., Wahrendorf J., Tobiasz-Adamczyk B., Kulig J., Penar A.: Alcohol consumption and the risk of colorectal cancer at low levels of micronutrient intake. *Med. Sci. Monit.* 2002, 8: 96-105.
- ¹⁸ Longnecker M.P.: A case-control study of alcoholic beverage consumption in relation to risk of cancer of right colon and rectum in men. *Cancer Causes Control*, 1990, 1: 5-14.
- ¹⁹ Longnecker M.P., Chen M.J., Probst-Hensch N.M., Harper J.M., Lee E.R., Frankl H.D., Haile R.W.: Alcohol and smoking in relation to the prevalence of adenomatous colorectal polyps detected at sigmoidoscopy. *Epidemiology*, 1996, 7: 275-279.
- ²⁰ Slattery M., West D.W., Robinson L.M. et al.: Tobacco, alcohol, coffee and caffeine as risk factors for colon cancer in a low-risk population. *Epidemiology*, 1990, 1: 141-145.
- ²¹ Hirayama T.: Association between alcohol consumption and cancer of the sigmoid colon: observations from a Japanese cohort study. *The Lancet*, 1989, 2: 725-727.
- ²² Meyer F., White E.: Alcohol and nutrients in relation to colon cancer in a middle-age adults. *Am. J. Epidemiol.*, 1993, 138: 225-236.
- ²³ Klatsky A.L., Armstrong M.A., Friedman G.D., Hiatt R.A.: The relations of alcoholic beverage use to colon and rectal cancer. *Am. J. Epidemiol.*, 1988, 128: 1007-1015.
- ²⁴ Jędrychowski W., Tobiasz-Adamczyk B., Steindorf K., Popiela T., Penar A., Matyja A., Wahrendorf J.: Rola aktywności fizycznej w zapobieganiu zachorowaniom na raka jelita grubego. *Przegląd Lekarski*, 2002, 59: 21-25.
- ²⁵ Jędrychowski W., Steindorf K., Wahrendorf J., Penar A.: Protective effect of physical activity on the occurrence of colorectal cancer. [w] *Gastrointestinal cancer in Poland. Nutritional epidemiologic study* pod red. Jędrychowski W.. Jagiellonian University Press, Kraków 2004: 123-142.
- ²⁶ Gerhardson M., Morell S.E., Kiviranta H., Pedersen N.L., Ahlbohm A.: Sedentary jobs and colon cancer. *Am. J. Epidemiol.*, 1986, 123: 775-780.
- ²⁷ Severson R., Nomura A.M.Y., Grove J.S., Stemmerman G.N.: A prospective analysis physical activity and cancer. *Am. J. Epidemiol.*, 1989, 130: 522-529.
- ²⁸ Vena J.A., Graham S., Zielezny M., Swanson M.K., Barnes R.E., Nolan J.: Lifetime occupational exercise and colon cancer. *Am. J. Epidemiol.*, 1985, 122: 356-365.
- ²⁹ Nowotwory jelita grubego. Praca zbiorowa pod red. Marka P. Nowackiego. Wyd. Wiedza i Życie.

Warszawa 1996.

- ³⁰ Popiela T., Stachura J.: Nowotwory przewodu pokarmowego. Gastroenterologia i Hepatologia Kliniczna pod red. Konturka S.. Wyd. PZWL, Warszawa 2001: 679-739.
- ³¹ Popiela T.: Współczesny algorytm diagnostyczno – terapeutyczny w raku jelita grubego. Acta Endosc. Pol., 1998, 3: 74-75.
- ³² Nowacki M.P.: Raki jelita grubego – zarys problemów. Nowa Medycyna zeszyt 113, 5-6/2001.
- ³³ Popiela T., Richter P.: Leczenie raka odbytnicy w Polsce. Suplement Proktologia, 1/2002 (wykłady).
- ³⁴ Nawrocki G.: Rozpoznawanie nowotworów jelita grubego. Nowa Medycyna – Onkologia IV, 4/1999.
- ³⁵ Sopyło R., Bujko K., Nowacki M.P.: Rak odbytu. Nowa Medycyna – Onkologia IV, 4/1999.
- ³⁶ Popiela T., Łabza H., Richter P.: Własne doświadczenia w leczeniu raka jelita grubego i odbytnicy. Acta Endosc. Pol., 1998, 3: 105-111.
- ³⁷ Popiela T.: Zasady postępowania chirurgicznego w raku okrężnicy i odbytnicy – 15-letnie wyniki leczenia skojarzonego. Acta Endosc. Pol., 1999, 9: 83-89.
- ³⁸ Richter P.: Badania kliniczne nad czynnikami prognostycznymi w leczeniu operacyjnego raka okrężnicy i odbytnicy – rozprawa habilitacyjna. Kraków 2002.
- ³⁹ Olędzki J., Nowacki M.P.: Nowotwory jelita grubego – radykalne leczenie operacyjne. Nowa Medycyna – Onkologia IV, 4/1999.
- ⁴⁰ Pawłęga J.: Zarys onkologii. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków 2002: 107 – 113.
- ⁴¹ Bednarczyk M., Rutkowski A.: Badania kontrolne po operacjach raka jelita grubego. Nowa Medycyna – Onkologia IV, 4/1999.
- ⁴² Tishelman C., Taube A., Sachs L.: Self-reported symptom distress in cancer patients: reflections of disease, illness or sickness? Soc. Sci Med., 1991, 33: 1229-1240.
- ⁴³ Parsons T.: Struktura społeczna a osobowość. Warszawa, 1969.
- ⁴⁴ Brysiewicz A.: Talcotta Parsonsa widzenie roli społecznej chorego. Ciągłość i zmiana. Sztuka Leczenia 1999, 5: 43-52.
- ⁴⁵ Tobiasz- Adamczyk B.: Wybrane elementy zdrowia i choroby. Kraków, 2000.
- ⁴⁶ Sokołowska M.: Idee zdrowia i choroby w Socjologii [w] Społeczeństwo i socjologia Wyd. PAN, 1985.

- ⁴⁷ Segall A.: The sick role concept: understanding illness behavior. *J. Health Social Behavior*, 1976, 17:162-169.
- ⁴⁸ Uramowska – Żyto B.: Socjologiczne koncepcje zdrowia i choroby [w] *Wstęp do socjologii medycyny* praca zbiorowa pod red. Ostrowskiej A.. Instytut Filozofii i Socjologii PAN. Warszawa, 1990.
- ⁴⁹ Słońska Z.: Choroba jako adaptacja, [w:] *Encyklopedia Socjologii t.1*, Oficyna Naukowa, Warszawa, 1998.
- ⁵⁰ Uramowska - Żyto B.: *Zdrowie i choroba w świetle wybranych teorii socjologicznych*. Instytut Filozofii i Socjologii PAN. Warszawa, 1992.
- ⁵¹ Uramowska - Żyto B.: *Medycyna jako wiedza i system działań. Analiza socjologiczna*. Ossolineum, 1980.
- ⁵² Sokołowska M., Ostrowska A.: *Socjologia kalectwa i rehabilitacji. Wybrane problemy*. Ossolineum 1976
- ⁵³ Kasl S.V., Cobb S.: Health behaviour, illness behavior and sick role behavior. *Archives Environmental Health*, 1966, 12: 246-266.
- ⁵⁴ Cockerham W.C.: *Medical Sociology*. New Jersey 1998: 170.
- ⁵⁵ Ostrowska A.: Rola pacjenta i lekarza: zmiany w scenariuszu. *Studia socjologiczne*, 1981, 3: 69-88
- ⁵⁶ Ostrowska A.: Modele relacji pacjent – lekarz. [w] *Wstęp do socjologii medycyny* pod red. Ostrowskiej A.. Instytut Filozofii i Socjologii PAN. Warszawa, 1990: 113-133.
- ⁵⁷ Ostrowska A.: Relacja pacjent – lekarz: nowa jakość? *Promocja zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 2001, 21: 109 –121.
- ⁵⁸ Sokołowska M.: *Socjologia medycyny*. Warszawa, 1986.
- ⁵⁹ *Socjologia a zdrowie* pod red. Sokołowskiej M., Hołówki J., Ostrowskiej A.. PWN, Warszawa 1976.
- ⁶⁰ Sokołowska M.: *Granice Medycyny*. Wiedza Powszechna, Warszawa, 1980.
- ⁶¹ Goffman E.: *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005: 35.
- ⁶² Mechanic D.: Health and illness behaviour and patient-practitioner relationships. *Soc. Sci. Med.*, 1992, 34:1345-1350.
- ⁶³ Tishelman C., Taube A., Sachs L.: Self-reported symptom distress in cancer patients: reflections of disease, illness or sickness. *Soc. Sci. Med.*, 1991, 33: 1229-1240.
- ⁶⁴ Fife B.: The measurement o meaning in illness. *Soc. Sci. Med.*, 1995, 40:1021-1028.

- ⁶⁵ Titkow A.: Zachowania związane ze zdrowiem i chorobą jako element wiedzy o społeczeństwie.[w:] Wstęp do socjologii medycyny pod red. Ostrowskiej A.. Instytut Filozofii i Socjologii PAN UW. Warszawa 1990: 26-49.
- ⁶⁶ Siegrist J.: Models of health behaviour. *European Heart Journal*, 1988, 9: 709-714.
- ⁶⁷ Leczenie się domowymi sposobami, CBOS 1998, nr 52.
- ⁶⁸ Ostrowska A.: Styl życia a zdrowie – bilans dekady, [w] *Jak żyją Polacy?* pod red. Domański H., Ostrowska A., Rychard A.; Warszawa 2000.
- ⁶⁹ Scambler G.: *Sociology as Applied to Medicine*. W.B. Saunders Company LTD, 1999.
- ⁷⁰ Mechanic D.: Sociological dimensions of illness behavior. *Soc. Sci. Med.* 1995, 41: 1207 – 1216.
- ⁷¹ Tobiasz- Adamczyk B., Bajka J., Szafraniec K.: *Zachowania w chorobie. Opis przebiegu choroby z perspektywy pacjenta*. Kraków 1999.
- ⁷² Furnham A.: Explaining health and illness: Lay perceptions on current and future health, the causes of illness and the nature of recovery. *Soc. Sci. Med.* 1994, 39: 715.
- ⁷³ Czubalski K.: Wpływ choroby na stan psychiczny i zachowanie człowieka chorego. *Sztuka Leczenia* 1995, 1: 53-59.
- ⁷⁴ Selye H.: *Stres okiełznany*. PIW, Warszawa 1979: 25.
- ⁷⁵ Heszen - Niejodek I.: Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. [w] *Psychologia t.3*, pod red. Strelau J., GWP 1999: 467.
- ⁷⁶ Heszen - Niejodek I.: Stres i radzenie sobie – główne kontrowersje. [w] *Człowiek w sytuacji stresu* pod red. Heszen - Niejodek I., Ratajczak Z., Wydawnictwo UŚ, Katowice 2000: 14.
- ⁷⁷ Miller L.H., Smith A.D.: *The stress solution*. American Psychological Association, 1997.
- ⁷⁸ Ostrowska A.: Samopoczucie psychiczne Polaków na tle Europejczyków. [w] *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna* pod red. Piątkowski W., Brodniak W. Tyczyn, 2005: 167 – 183.
- ⁷⁹ Antonovsky A.: *Health, stress and coping*. Jossey – Bass Inc. London – San Francisco, 1979.
- ⁸⁰ Tylka J.: Stres a choroby serca; jego źródła i sposoby zwalczania. *Kardiologia Polska*, 1992: 5.
- ⁸¹ Bejnarowicz J.: Zmiany stanu zdrowia Polaków i jego uwarunkowań. Wyzwania dla promocji zdrowia. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 1994: 1-2.
- ⁸² Elliott S.J.: Psychosocial stress, women and heart health: a critical review. *Soc.Sci.Med.* 1995, 40: 105-115.

- ⁸³ Ratajczak Z.: Stres - radzenie sobie - koszty psychologiczne [w] Człowiek w sytuacji stresu pod red. Heszen - Niejodek I., Ratajczak Z., Wydawnictwo UŚ, Katowice 2000: 14.
- ⁸⁴ Perczyńska J.: Rola osobowości i stylu życia w etiologii polipów jelita grubego. Sztuka Leczenia 2001, 7: 17-22.
- ⁸⁵ Aruil B.: Strategie i style radzenia sobie ze stresem w sytuacji kryzysowej.[w] Psychologia.net.pl.
- ⁸⁶ Antonowski A.: Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować, IPN, Warszawa 1995.
- ⁸⁷ Antonovsky A.: The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promotion International 1996, 11: 11-18.
- ⁸⁸ Antonovsky A.: Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion and civility. Soc. Sci. Med., 1993, 37: 969-981.
- ⁸⁹ Lindstrom B., Ericsson M.: Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. Health Promotion International Advance Access 2006: 1-7.
- ⁹⁰ Sęk H., Cieślak R.: Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne. [w] Wsparcie społeczne, stres i zdrowie pod red. Sęk H., Cieślaka R.. PWN, Warszawa 2004:11-28.
- ⁹¹ Sheridan Ch. L., Radmacher S. A.: Psychologia zdrowia, IPZ PTP, Warszawa 1998.
- ⁹² Knoll N., Schwarzer R.: „Prawdziwych przyjaciół” -wsparcie społeczne, stres choroba i śmierć [w:] Wsparcie społeczne, stres, zdrowie pod red. Sęk H. Cieślaka R.. PWN, Warszawa 2004: 29-49.
- ⁹³ Bishop G.: Psychologia zdrowia, Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2000.
- ⁹⁴ Thoits P.: Stress, coping and social support processes: Where are we? What next? J. of Health and Social Behaviour, Extra Issue,1995: 53-79.
- ⁹⁵ Adamczak M., Sęk H., Świdrowicz T.: Pomoc psychologiczna w opiece terminalnej okresie żałoby. Zeszyty Interwencji Kryzysowej, 1995, 5: 7-24.
- ⁹⁶ Bandura A.: Self-referent thought: The development of self-efficacy, [w:] Cognitive Social Development: Frontiers and Possible Futures, (red.) J. H. Flavell, L. D. Ross, Cambridge University Press, New York 1981: 124–135.
- ⁹⁷ Bandura A.: Self-efficacy. Toward a unifying theory of behavioral change, Psychological Review 1992, 84: 191–215.
- ⁹⁸ Oszczędzanie na zdrowiu. CBOS 2000, nr 27

- ⁹⁹ Opinie o opiece zdrowotnej po uchwaleniu nowej ustawy. CBOS, 2004, nr 159.
- ¹⁰⁰ Tymowska K.: Opieka zdrowotna: korzystanie, finansowanie, bariery dostępu i opinie społeczne. [w] *Diagnoza Społeczna 2005* pod red. Czapiński J., Panek T. Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie, 10.01.2006: 80-89.
- ¹⁰¹ Gotay C.: The experience of cancer during early and advanced stages. The view of patients and their mates. *Soc. Sci. Med.*, 1984, 18: 605.
- ¹⁰² Juczyński Z.: Rak – choroba budząca lęk. *Sztuka Leczenia*. 2000, 3: 45-52.
- ¹⁰³ Andersen B.L., Cacioppo J., Roberts D.C.: Delay in seeking in cancer diagnosis: delay stages and psychophysiological comparison processes. *British Journal of Social Psychology*, 1995, 34: 33-52.
- ¹⁰⁴ Chojnacka - Szawłowska G.: rozpoznanie choroby nowotworowej. Uwarunkowania psychologiczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998.
- ¹⁰⁵ Berman S.H., Wandersman A.: Measuring knowledge of cancer. *Soc. Sci. Med.*, 1991, 32: 1245-1255.
- ¹⁰⁶ Sheikh I., Ogden J.: The role of knowledge and beliefs in help seeking behaviour for cancer: a quantitative and qualitative approach. *Patient Educ. Couns.* 1998, 35: 35-42.
- ¹⁰⁷ De Nooijer J., Lechner L., De Vries H.: Social psychological correlates of paying attention to cancer symptoms and seeking medical help. *Soc. Sci. Med.*, 2003, 56: 915-920.
- ¹⁰⁸ Benyamini Y., McClain C.S., Leventhal E.A., Leventhal H.: Living with the worry of cancer: health perceptions and behaviors of elderly people with self, vicarious or no history of cancer. *Psychooncology*, 2003, 12: 161-172.
- ¹⁰⁹ Heszen - Niejodek I.; Rola psychologa w diagnostyce i leczeniu chorób somatycznych. PZWL, Warszawa 1990.
- ¹¹⁰ Jarosz M.: *Psychologia lekarska*. PZWL, Warszawa 1988.
- ¹¹¹ Arveux P., Durand G., Milan C., Bedenne L., Levey D., Doan B.: Views of a general population on mass screening for colorectal cancer: The Burgundy Study. *Preventive Medicine*, 1992, 21: 574-581.
- ¹¹² Hart A.R., Barone T.L., Mayberry J.F.: Increasing compliance with colorectal cancer screening: The development of effective health education. *Health Education Research*, 1997, 12: 101-110
- ¹¹³ Hynam K.A., Hart A.R., gay S.P., Inglis A., Wicks A.C., Mayberry J.F.: Screening for colorectal cancer: Reasons for refusal of faecal occult blood testing in a general practice in England. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1995, 49: 84-86.

- ¹¹⁴ Vernon S.: Participation in colorectal cancer screening: a Review. *Journal of the National Cancer Institute*, 1997, 89: 1406-1422.
- ¹¹⁵ Vernon S., Acquavella J.F., Yarborough C.M., Hughes J.I., Thar W.E.: Reasons for participation and non-participation in a colorectal cancer screening program for a cohort of high risk polypropylene workers. *Journal of Occupational Medicine*. 1990, 32: 46-51.
- ¹¹⁶ Saidi G., Sutton S., Bickler G.: A predictive study of reasons for attendance and non-attendance at a breast screening programme. *Psychology and Health*. 1998, 13: 23-33.
- ¹¹⁷ Sutton S., Wardle J., Taylor T., Williamson S.: Predictors of attendance in the UK flexible sigmoidoscopy screening trial. *Journal of Medical Screening*. 2000, 7: 99-104.
- ¹¹⁸ Wardle D.P., Sutton S., Williamson S., Taylor T.: Psychosocial influences on older adult's interest in participation in bowel cancer screening. *Preventive Medicine*, 2000.
- ¹¹⁹ Mc Caffery K., Borril J., Williamson S.: Declining the offer of flexible sigmoidoscopy screening for bowel cancer; a qualitative investigation of the decision-making process. *Soc. Sci. Med.*, 2001, 53: 679-691.
- ¹²⁰ Lerman C.E., Rimer B.K.: Psychosocial impact of cancer screening. *Oncology Nursing*. 1993, 7: 67-72.
- ¹²¹ Stefanek M.E.: Psychosocial aspects of breast cancer. *Current Opinion of Oncology*, 1992, 4: 1055-1060.
- ¹²² Mac Rae F.A., Hill D.J., Garner J.F.: Predicting colon cancer screening behavior from health beliefs. *Preventive Medicine*, 1984, 13: 115-126.
- ¹²³ Pierce P.F.: Deciding on breast cancer treatment: A description of decision behaviour. *Nursing Research*, 1993, 42: 22-28.
- ¹²⁴ Pierce P.F.: When the patient choose: describing unaided decisions in health care. *Human Factors*, 1996, 38: 278-287.
- ¹²⁵ Lindholm E., Berglund B., Kewenter J.: Worry associated with screening for colorectal carcinomas. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 1997, 32: 238-245.
- ¹²⁶ De Walden - Gałuszko K.: Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotematologii. Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego. Gdańsk 1992: 10.
- ¹²⁷ Leydon G.M., Boulton M., Moynihan C., McPherson K.: Cancer patients' information needs and information seeking behaviour: in depth interview study. *BMJ*, 2000, 320: 909-913.
- ¹²⁸ Salander P.: Bad news from the patient's perspective: an analysis of the written narratives of newly diagnosed cancer patients. *Soc. Sci Med.*, 2002, 55: 721-732.

- ¹²⁹ Takayama T., Yamazaki Y., Katsumata N.: Relationship between outpatient's perceptions' communication styles and patients' anxiety levels in a Japanese oncology setting. Soc. Sci. Med., 2001, 53: 1335-1350.
- ¹³⁰ Deadman J.M., Leinster S.J., Owens R.G., Dewey M.E., Slade P.D.: Taking responsibility for cancer treatment. Soc. Sci Med., 2001, 53: 669-677.
- ¹³¹ Wrona - Polańska H.: Psychologiczne aspekty informowania pacjentów o chorobie. [w] Kubacka-Jasiecka D., Łosiak W.: Zmagając się z chorobą nowotworową. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999.
- ¹³² Ford S., Fallowfield L., Lewis S.: Doctor - patient interactions in oncology. Soc. Sci Med., 1996, 42: 1511-1519.
- ¹³³ Beddows J.: Alleviating pre-operative anxiety in patients: a study. Nursing Standard, 1997, 11: 35-38.
- ¹³⁴ Krupat E., Fancey M., Cleary P. D.: Information and its impact on satisfaction among surgical patients. Soc. Sci. Med., 2000, 51: 1817-1825.
- ¹³⁵ Juczyński Z., Szamburska J., Czechowicz E.: Informowanie o chorobie nowotworowej w opinii i w praktyce lekarskiej. Nowotwory, 1997, 47: 43-57.
- ¹³⁶ Kubacka - Jasiecka D., Wrona-Polańska M.: Pojęcie ja i samoocena pacjentów z rozpoznaniem choroby nowotworowej. Zeszyty Naukowe, nr 31, UJ, Kraków 1980: 66-84.
- ¹³⁷ Pettingale K.W.: Coping and cancer prognosis. Journal of Psychosomatic Research, 1984, 28: 363-369.
- ¹³⁸ Watson M., Haviland J.S., Greer S.: Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. The Lancet, 1999, 354: 1331-1336.
- ¹³⁹ Greer S.: Fighting spirit in patients with cancer. The Lancet, 2000, 355: 847-848.
- ¹⁴⁰ Heszen - Niejodek I.: Poznawcze uwarunkowania zachowania się wobec własnej choroby. ZN Ossolińskich PAN, Wrocław 1979.
- ¹⁴¹ Heszen - Niejodek I.: Rola psychologa w diagnostyce i leczeniu chorób somatycznych. PZWL, Warszawa 1990.
- ¹⁴² Kubler – Ross E.: Rozmowy o śmierci i umieraniu. PAX, Warszawa 1979.
- ¹⁴³ Cull A.: Invited review: psychological aspects of cancer and chemotherapy. J. Psychosom. Res., 1990, 34:129.
- ¹⁴⁴ Goldberg R.J.: Psychiatric aspects of psychosocial distress in cancer patients. J. Psychosoc. Oncol. 1988, 6: 139.

- ¹⁴⁵ Hughes J.E.: Psychological and social consequences of cancer. *Cancer Surveys*, 1987, 6: 455.
- ¹⁴⁶ Little M., Jordens C., Paul K., Montgomery K., Philipson B.: Liminality: A major category of the experience of cancer illness. *Soc. Sci. Med.*, 1998, 47: 1485-1494.
- ¹⁴⁷ Little M., Paul K., Jordens C., Sayers E.: Vulnerability in the narratives of patients and their carers – studies of colorectal cancer. *Health*, 2000, 4:499-514.
- ¹⁴⁸ Jordens C., Little M., Paul K., Sayers E.: Life disruption and generic complexity: a social linguistic analysis of narratives of cancer illness. *Soc. Sci. Med.*, 2001, 53: 1227-1236.
- ¹⁴⁹ Salander P.: Using beliefs and magical thinking to fight cancer distress – a case study. *Psychooncology*, 2000, 9:40-43.
- ¹⁵⁰ Bloom S.W., Kessler L.: Emotional support following cancer: a test of the sigma and social activity hypotheses. *J. of Health and Social Behavior*, 1994, 35: 118-133.
- ¹⁵¹ Bloom J., Stewart S., Johnston M., Banks P., Fobair P.: Sources of support and the physical and mental well – being of young women with breast cancer. *Soc. Sci. Med.*, 2001, 53: 1513-1524.
- ¹⁵² Sales E.: Psychosocial impact of the phase of cancer on ht family: an updated review. *J. Psychosoc. Oncol.*, 1991, 9: 1.
- ¹⁵³ Oberst M.T., Thomas S.E., Gass K.A., Ward S.E.: Care giving demands and appraisal of stress among family caregivers. *Cancer Nursing*, 1989, 12: 209.
- ¹⁵⁴ Northouse L.: Social support and patients and husband's adjustment to breast cancer. *Nurs. Res.*, 1988, 37: 91.
- ¹⁵⁵ Toseland R.W., Blanchard Ch.G., McCallion P.: A problem solving intervention for caregivers of cancer patients. *Soc. Sci. Med.*, 1995. 40: 517-528.
- ¹⁵⁶ Kuijter R.G., Buunk B.P., De Jong G.M., Sybema J.F., Sanderman R.: Effects of a brief intervention program for patients with cancer and their partners on feelings of inequity, relationship quality and psychological distress. *Psychooncology*, 2004, 13: 321-334.
- ¹⁵⁷ Ell K., Nishimoto R., Mantell J., Hamovitch M.: Longitudinal analysis of psychological adaptation among family members of patients with cancer. *J. of Psychosomatic Research*, 1988, 32: 429-438.
- ¹⁵⁸ Mor V.: Cancer patients' Quality of Life over the disease course: lessons from the real world. *J. Chronic Disease*, 1987, 40: 535-544.
- ¹⁵⁹ Muthny F.A., Koch U., Stump S.: Quality of Life in oncology patients. *Psychother. Psychosom*, 1990, 54: 145-160.

- ¹⁶⁰ Waltz M.: A longitudinal study on environmental and dispositional determinants of life quality: social support and coping with physical illness. *Social Indicators Research*, 1986, 18: 71-93.
- ¹⁶¹ Waltz M.: Promocja zdrowia i opieka onkologiczna. [w] Kaplun A. (red.): Promocja zdrowia w chorobach przewlekłych. Odkrywanie nowej jakości zdrowia. Instytut Medycyny Pracy Szkoła Zdrowia Publicznego w Łodzi, 1997: 65-89.
- ¹⁶² Sapp A.L., Trentham - Dietz A., Newcomb P.A., Hampton J.M., Moinpour C.M., Remington P.L.: Social networks and quality of life among female long-term colorectal cancer survivors. *Cancer*, 2003, 98: 1749-1758.
- ¹⁶³ Morris J.N., Sherwood S.: Quality of life of cancer patients at different stages in the disease trajectory. *J. Chronic Disease*, 1987, 46: 545-553.
- ¹⁶⁴ Ramsey S.D., Berry K., Moinpour C., Giedzinska A., Andersen M.R.: Quality of life in long term survivors of colorectal cancer. *Am. J. Gastroenterol.*, 2002, 97: 1228-1234.
- ¹⁶⁵ Morris J.N., Sherwood S.: Quality of life of cancer patients at different stages in the disease trajectory. *J. Chronic Disease*, 1987, 46: 545-553.
- ¹⁶⁶ Rainey L.C., Wellisch D.K., Fawzy F.I., Wolcott D., Pasnau R.O.: Training health professionals in psychosocial aspects of cancer: a continuing education model. *J. Psychosocial Oncology*, 1983, 1:43-60.
- ¹⁶⁷ Lewis F., Bloom J.: Psychosocial adjustment of breast cancer: a selected review of the literature. *Inter. J. Psychiatry in Medicine*, 1979, 9: 1-10.
- ¹⁶⁸ Mac Intyre S.: Gender differences in the perceptions of common cold symptoms. *Soc. Sci. Med.*, 1993, 36: 15-20.
- ¹⁶⁹ Bostick R.M., Sprafka J.M., Virnig B.A., Potter J.D.: Knowledge, attitudes and personal practices regarding prevention and early detection of cancer. *Preventive Medicine*, 1993, 22: 65-85.
- ¹⁷⁰ Stoller E.P., Forster L.E., Portugal S.: Self-care responses to symptoms by older people. A health diary study of illness behavior. *Medical Care*, 1993, 31: 24-39.
- ¹⁷¹ Stanton W.R., Balanda K.P., Gillespie A.M., Lowe J.B., Baade P.D.: Measurement of community beliefs about colorectal cancer. *Soc. Sci. Med.*, 2000, 50: 1655-1663.
- ¹⁷² Kemppainen M., Raiha I., Rajala T., Sourander L.: Delay in diagnosis of colorectal cancer in elderly patients. *Age Ageing*, 1993, 22: 260-264.
- ¹⁷³ Wronkowski Z.: Choroby nowotworowe.[w] Promocja zdrowia. Wprowadzenie do zagadnień krzewienia zdrowia pod red. Karskiego J.B., Słońskiej Z., Wasilewskiego B.W. IGNIS, Warszawa, 1992: 64-78.