

RODZAJ ZABIEGU A LĘK, DEPRESJA I PRZYSTOSOWANIE DO CHOROBY U KOBIET Z ROZPOZNANYM RAKIEM PIERSI

Kinga Sobieralska-Michalak¹, Jolanta Kowalska²,
Malwina Tudorowska³

¹ Zakład Psychologii Rehabilitacyjnej, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu,
Collegium Medicum w Bydgoszczy

Department of Rehabilitation Psychology,
Nicolaus Copernicus University in Toruń Collegium Medicum in Bydgoszcz

² Centrum Onkologii Oddział Kliniczny Nowotworów Piersi
i Chirurgii Rekonstrukcyjnej w Bydgoszczy

Clinical Division of Breast Cancer and Reconstructive Surgery in Bydgoszcz

³ Zakład Pielęgniarstwa Psychiatrycznego, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu,
Collegium Medicum w Bydgoszczy

Department of Psychiatric Nursing,
Nicolaus Copernicus University in Toruń Collegium Medicum in Bydgoszcz

ANXIETY AND DEPRESSION FEATURES IN WOMEN WITH DIAGNOSED BREAST CANCER

Summary. The diagnosis of cancer is always a traumatic experience, both emotionally and physically. Patients with breast cancer feel a strong fear that unable proper healing process and rehabilitation. Often, depressed mood may result in changes in mental and social functioning. Mastectomy is often necessary despite the development of medicine. Mastectomy causes changes in women's body shape, which lead to psychological functioning changes. The aim of the study was to determine whether women who are diagnosed with breast cancer have different levels of anxiety, depression and the type of adaptation to illness depending on the type of surgery. The research showed no significant differences between female patients after radical treatment of breast cancer and female patients after breast-saving surgery. Half of the surveyed women had depressed mood, most of patients reported medium and high level of anxiety and a tendency to use active forms of coping with the illness.

Key words: breast cancer, anxiety, depression, coping with the illness

Wprowadzenie

Nowotwór piersi jest uznawany za najczęściej występujący rodzaj agresywnego raka u kobiet na świecie. Obecnie zachorowalność na ten nowotwór systematycznie wzrasta. W Europie Zachodniej odsetek zgonów z powodu raka piersi

Adres do korespondencji: Kinga Sobieralska-Michalak, e-mail, ksobmichalak@cm.umk.pl

wynosi około 20%. W Polsce liczba zachorowań jest niemal dwukrotnie większa. Przewiduje się, że do roku 2025 zachorowalność będzie systematycznie rosła, a najczęściej nowotwór piersi będzie występował u kobiet przekraczających 50 rok życia (Pacian i in., 2013).

Leczenie raka piersi jest najczęściej terapią skojarzoną, w zależności od czynników prognostycznych i predykcyjnych, wśród których najważniejsze to: stopień zaawansowania klinicznego nowotworu, stopień złośliwości histologicznej, stan hormonalny oraz wiek pacjentki (za: Kordek, 2013a). Przykładowymi metodami terapii przeciwnowotworowej są mastektomia – amputacja całej piersi oraz lumpektomia, czyli operacja oszczędzająca, która polega na wycięciu guza, z marginesem zdrowych tkanek oraz na wycięciu węzłów chłonnych pachowych. Po leczeniu chirurgicznym konieczne jest leczenie uzupełniające: radioterapia, chemioterapia, terapia hormonalna (za: Jenzach, Jordan, Akoulitchev, 2013). Zabieg chirurgiczny jest dla pacjentek wydarzeniem bardzo stresującym. Jeśli wiąże się z trwałym kalectwem, deformacją ciała dodatkowo wyzwala silne emocje negatywne, które w znaczący sposób wpływają na pogorszenie jakości życia (Widera, Juczyński, Popiela, 2003). Okazuje się, że kobiety, u których przeprowadzono operację oszczędzającą, lepiej oceniają rokowanie dotyczące własnego zdrowia, lepiej tolerują działania niepożądane związane z leczeniem oraz wykazują wyższy wskaźnik samooceny w wyglądzie zewnętrznym niż kobiety, u których przeprowadzono mastektomię. Funkcjonowanie i jakość życia są u nich mniej zaburzone niż u pacjentek po amputacji piersi (Engel i in., 2004).

Wpływ choroby nowotworowej na psychikę

Diagnoza nowotworu jest zawsze traumatycznym doświadczeniem. Kobiety z rakiem piersi stają w obliczu praktycznych, psychologicznych oraz emocjonalnych przeżyć związanych z chorobą i jej konsekwencjami. Problemy, z jakimi się muszą zmierzyć pojawiają się od momentu rozpoznania, następnie w procesie leczenia i związanych z nim działań niepożądanych (wymioty, nudności, ból, osłabienie) oraz zmian fizycznych. W literaturze istnieje wiele doniesień dotyczących psychicznych i fizycznych konsekwencji diagnozy nowotworu piersi u kobiet. Wskazuje się na tendencję do przeżywania emocjonalnego cierpienia oraz trudności poradzenia sobie w konfrontacji ze zdiagnozowanym rakiem (Baker i in., 1997; Wade, Lee, 2005). Jest to sytuacja sprzyjająca ujawnieniu się zaburzeń depresyjnych w rzeczowej grupie. Kobietom towarzyszy poczucie zagrożenia życia, utraty kontroli nad własnym życiem, bezsilność wobec choroby (Trzebiatowska, 2000). Do najważniejszych czynników społecznych, które sprzyjają rozwojowi depresji należą: młody wiek, płęć żeńska, niski status społeczno-ekonomiczny, brak wsparcia ze strony rodziny. Dodatkowe znaczenie przypisuje się również czynnikom związanym z rodzajem nowotworu, z okresem przed chorobą oraz cierpieniem i lekami (Formańska, 1998).

Reakcje emocjonalne w trakcie trwania choroby ulegają dużym wahaniom w zakresie ich intensywności i różnorodności. Zrozumienie reakcji chorego na postawioną diagnozę lekarską wymaga zapoznania się z jego stylem życia, sposobami

radzenia sobie ze stresem, a także wcześniejszymi doświadczeniami (Chojnacka-Szawłowska, 1994). Doświadczenia stresowe w chorobie związane są z rodzajem i sposobem oddziaływań leczniczych. Amputacja piersi powoduje zmiany w wyglądzie fizycznym kobiety, przez co prowadzi do zmian w sferze psychicznej w postaci nasilonego lęku, przygnębienia, a także powstania depresji (Izdebski, 2007). Zabiegi oszczędzające wywołują mniej nasilone reakcje emocjonalne. Pacjentki łatwiej godzą się z zaistniałą sytuacją, odczuwają mniejszy stres (Engel i in., 2004). Okres po leczeniu jest stresogenny, ponieważ często wiąże się z lękiem przed nawrotem choroby. Dlatego w przystosowaniu się do choroby nowotworowej szczególnie ważną rolę odgrywa aktywne radzenie sobie, polegające na mobilizacji sił psychicznych do walki z chorobą, poczucie humoru, poszukiwanie wsparcia wśród bliskich osób oraz pozytywne przewartościowanie (Ogińska-Bulik, 2011). Wskazuje się, że obecność lęku istotnie obniża jakość życia i ma związek z występowaniem bólu, zmęczenia oraz zaburzeń depresyjnych, co może wpływać na niekorzystny rozwój choroby (Szczepańska-Gieracha i in., 2010). Lęk najczęściej obserwuje się w początkowym stadium choroby, a depresję na jej zaawansowanym etapie. Objawy depresji i lęku pogłębiają złe samopoczucie pacjentki, niekorzystnie wpływają na przebieg choroby, przez co objawy stają się trudniejsze do leczenia (Krzemieński, 2008). Pomimo jednak dużego obciążenia psychicznego, wielu trudnych sytuacji, z jakimi konfrontują się kobiety z nowotworem piersi, wysoki ich odsetek powraca do równowagi psychicznej. Udział w tym mają zarówno nieświadome strategie obronne (tłumienie nieprzyjemnych emocji, wypieranie myśli o chorobie), jak i świadome, korzystne mechanizmy adaptacyjne (de Walden-Gałuszko i in., 1994).

Cel badań

Głównym celem podjętych badań było określenie, czy kobiety, u których zdiagnozowano nowotwór piersi różnią się poziomem nasilenia lęku, depresji oraz sposobem przystosowania się psychicznego do choroby nowotworowej w zależności od rodzaju zabiegu chirurgicznego, któremu zostały poddane. Przedstawiona problematyka badań dotycząca kobiet ze zdiagnozowanym nowotworem piersi pozwoliła na sformułowanie następujących pytań badawczych:

1. Czy kobiety poddane operacji amputacji piersi różnią się pod względem nasilenia depresji od kobiet poddanych operacji oszczędzającej? Oczekuje się większego nasilenia depresji u kobiet po amputacji piersi.
2. Czy kobiety poddane operacji amputacji piersi różnią się pod względem przystosowania się psychicznego do choroby nowotworowej od kobiet poddanych operacji oszczędzającej? Oczekuje się gorszego przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej u kobiet po amputacji piersi.
3. Czy kobiety poddane operacji amputacji piersi różnią się pod względem nasilenia lęku jako stanu od kobiet poddanych operacji oszczędzającej? Oczekuje się większego nasilenia lęku stanu u kobiet po amputacji piersi.
4. Czy kobiety poddane operacji amputacji piersi różnią się pod względem nasilenia lęku jako cechy od kobiet poddanych operacji oszczędzającej? Oczekuje się większego nasilenia lęku cechy u kobiet po amputacji piersi.

Metoda

Grupa badana

Grupę badaną stanowiły kobiety z rozpoznany rakiem piersi, u których dokonano operacji oszczędzającej lub zabiegu amputacji. Wszystkie pacjentki wyraziły zgodę na uczestnictwo w badaniu. Przebadano łącznie 76 kobiet, pacjentki z Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Średnia wieku przebadanych kobiet wynosiła 55 lat ($SD = 9,88$). Uczestniczki podzielono na dwie równoliczne grupy – pierwszą grupę stanowiły kobiety, które zostały poddane operacjom oszczędzającym (średnia wieku 56 lat, $SD = 8,96$), drugą zaś kobiety, u których zastosowano amputację (średnia wieku 55 lat, $SD = 10,53$) (tabela 1). Większość kobiet posiadało wykształcenie średnie – 28 osób (37%), zawodowe – 26 osób (34%), pozostałe panie miały wykształcenie podstawowe – 13 osób (17%) i wyższe – 9 osób (12%). Stan cywilny uczestniczek badania: 4 osoby (5,3%) to panny, 52 osoby (68,4%) to kobiety w związku małżeńskim, 7 osób (9,2%) kobiety rozwiedzione, 10 osób (13,2%) wdowy, 3 osoby (4%) panie w związku wolnym.

Tabela 1. Dane dotyczące wieku w grupie kobiet po operacjach oszczędzających oraz po zabiegu amputacji

Wiek	Operacje oszczędzające ($n = 38$)		Amputacja ($n = 38$)	
	n	%	n	%
20-30 lat	0	0,00	1	2,63
31-40 lat	3	7,89	3	7,89
41-50 lat	4	10,53	10	26,32
51-60 lat	19	50,00	11	28,95
powyżej 61 lat	12	31,58	13	34,21

Procedura badań

Badania miały charakter indywidualny i anonimowy. Zostały przeprowadzone po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej oraz dyrekcji Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Każda badana osoba była poinformowana o celu i problematyce badania, a także o sposobie wypełniania kwestionariuszy. Spotkanie rozpoczynało się od wyrażenia zgody na udział w badaniu i od uzupełnienia ankiety osobowej.

Narzędzia

W badaniach wykorzystano cztery narzędzia pomiaru: ankietę osobową, Skalę Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej – Mini-MAC (ang. *Mental Adjustment to Cancer Scale*), Skalę Depresji Becka – BDI (ang. *Beck Depression Inventory*) oraz Inwentarz Stanu Cechy Lęku – STAI (ang. *State-Trait Anxiety Inventory*). Ankieta zawierała podstawowe informacje społeczno-demograficzne na te-

mat osób badanych oraz ich zdrowia i przebiegu choroby. Do oceny subiektywnie odczuwanych objawów depresji zastosowano Skalę Samooceny Depresji A. Becka, która jest powszechnie używanym narzędziem w diagnostyce depresji. Składa się z 21 pytań. Badana osoba odpowiada według intensywności objawów, wybierając jedną odpowiedź punktowaną od 0 do 3. Inwentarz STAI opracowali Spielberger, Gorsuch oraz Lushene (2001). Składa się z dwóch części po 20 pytań. Pierwsza część ocenia lęk jako stan odczuwany w danym momencie, druga zaś ocenia lęk jako cechę, czyli odczuwany zazwyczaj. Zadaniem badanej jest wybranie jednej odpowiedzi najlepiej odzwierciedlającej jej odczucia spośród 20 krótkich stwierdzeń. Wyniki badania mieszczą się w przedziale od 20 do 80 punktów, a lęk jest tym silniejszy, im wyższa jest punktacja. Zakłada się, że niewielkie nasilenie lęku jest użyteczne, gdyż mobilizuje i wzmacnia siły obronne organizmu, podczas gdy lęk paniczny zaburza funkcjonowanie i działa dezorganizująco na organizm człowieka (Spielberger, Gorsuch, Lushene, 2001).

Skala Mini-MAC autorstwa Watsona i współpracowników (Juczyński, 2001) jest narzędziem samoopisu, przeznaczonym do oceny czterech następujących strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową:

1. Zaabsorbowanie lękowe – które wyraża niepokój z powodu choroby, spostrzegane jako główne zagrożenie powodujące lęk, którego nie można opanować, a zachodzące zmiany odbierane są jako sygnał pogorszenia się stanu zdrowia;
2. Duch walki – skłaniający pacjenta, aby chorobę traktował jako osobiste wyzwanie i podejmowanie czynności zwalczających chorobę;
3. Bezzadność, beznadziejność – świadczy o biernym poddaniu się chorobie i zagubieniu.
4. Pozytywne przewartościowanie – wyrażające przeorganizowanie problemu, żeby znaleźć nadzieję i zadowolenie z wcześniejszych lat, przy pełnej powadze swojej choroby.

Skala zawiera 29 stwierdzeń ocenianych przez badanego w skali 4-stopniowej. Polska wersja skali posiada dobre właściwości psychometryczne (Juczyński, 2001).

Analiza statystyczna

Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą programu statystycznego Statistica 9.0. Do opisanie zmiennych wykorzystano podstawowe statystyki opisowe, takie jak liczebność (n), procent (%), średnia arytmetyczna (M) i odchylenie standardowe (SD). Do określenia istotności różnic między średnimi zastosowano parametryczny test t -Studenta (t), rozkład danych w poszczególnych zmiennych był normalny. Przyjęto, że znamienność występuje przy wartości współczynnika $p < 0,05$.

Wyniki

Rodzaj zabiegu a nasilenie cech depresji

Połowa uczestniczek badania uzyskała liczbę punktów odpowiadającą brakowi lub minimalnej depresji. Pogranicze depresji zanotowano u co czwartej pacjentki.

Spośród badanych 12% kobiet wykazało depresję o stopniu lekko umiarkowanym. Żadna z badanych pacjentek nie uzyskała wyników wskazujących na depresję na poziomie umiarkowanie znacznym lub znacznym. Za próg występowania depresji przyjęto 10 punktów. Z analizy wynika, że dokładnie połowa kobiet wykazywała objawy obniżonego nastroju (tabela 2).

Tabela 2. Nasilenie objawów depresji w Skali Depresji Becka w grupie badanych osób ($n = 76$)

Przedział punktowy	Nasilenie depresji	Liczba kobiet	Rozkład procentowy
0-9	brak lub minimalna depresja	38	50,00
10-14	pogranicze depresji	19	25,00
15-20	słaba depresja	10	13,16
21-30	depresja w stopniu lekko umiarkowanym	9	11,84
31-40	depresja w stopniu umiarkowanie znacznym	0	0,00
41-63	depresja w stopniu znacznym	0	0,00

Połowa przebadanych kobiet po amputacjach i połowa po zabiegach oszczędzających wykazała brak objawów depresji. Objawy wskazujące na pogranicze depresji zanotowano u 6 (16%) pań po zabiegu oszczędzającym i 13 kobiet po amputacji, co stanowi 34%. Objawy depresji o nasileniu słabym występowały u 7 (18%) kobiet po zabiegach oszczędzających i u 3 (8%) pań po amputacji. Objawy depresji o charakterze lekko umiarkowanym zostały zanotowane w przypadku 6 (16%) pacjentek poddanych zabiegom oszczędzającym i 3 (8%) kobiet, u których wykonano amputację (tabela 3).

Tabela 3. Nasilenie objawów depresji w Skali Depresji w grupie kobiet po operacjach oszczędzających oraz po zabiegu amputacji

Nasilenie depresji	Rodzaj zabiegu	
	Operacje oszczędzające	Amputacje
Brak lub minimalna depresja	19	19
Pogranicze depresji	6	13
Słaba depresja	7	3
Depresja w stopniu lekko umiarkowanym	6	3
Depresja w stopniu umiarkowanie znacznym	0	0
Depresja w stopniu znacznym	0	0

Średnia wartość nasilenia objawów depresji u kobiet poddanych operacjom oszczędzającym wyniosła $11,08 \pm 7,71$ punktów, a w przypadku kobiet objętych amputacjami to $10,53 \pm 6,32$ punktów. Wynika z tego, że zarówno w grupie kobiet, u których przeprowadzono operację oszczędzającą, jak i w grupie po amputacji piersi zaobserwowano objawy z pogranicza depresji (tabela 4). Nie wykazano istotnych statystycznie różnic między grupami. Rodzaj zabiegu nie różnicował uczestniczek badania pod względem nasilenia objawów depresji.

Tabela 4. Istotność różnic między średnimi w zakresie nasilenia objawów depresji w grupie kobiet po operacjach oszczędzających oraz po zabiegu amputacji

Rodzaj zabiegu				<i>t</i>	<i>p</i>
Operacje oszczędzające (<i>n</i> = 38)		Amputacje (<i>n</i> = 38)			
<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
11,08	7,71	10,53	6,32	0,33	0,72

Rodzaj zabiegu a psychiczne przystosowanie się do choroby nowotworowej

W celu stwierdzenia istotności różnic w przystosowaniu psychicznym do choroby nowotworowej pomiędzy kobietami, u których wykonano zabieg oszczędzający a kobietami po mastektomii, zastosowano test *t*-Studenta. Dokonano analizy następujących zmiennych zależnych: postawa ducha walki, bezradność-bez nadziei, stoicka akceptacja, zaabsorbowanie lękowe, aktywne i destruktywne przystosowanie kobiet do choroby nowotworowej.

W ocenie strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową w stylu konstruktywnym w obu grupach zaobserwowano przeciętne lub wysokie wyniki, co sugeruje, że badane kobiety nastawione były na walkę z chorobą. Tylko jedna z przebadanych kobiet nie wykazała motywacji do przezwyciężenia choroby (tabela 5).

Tabela 5. Ocena strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową za pomocą skali Mini-MAC badanej grupy kobiet – styl konstruktywny

Styl konstruktywny w badanej populacji według skali Mini-MAC	Operacje oszczędzające (<i>n</i> = 38)		Amputacje (<i>n</i> = 38)		Ogółem (<i>n</i> = 76)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Wyniki niskie	0	0,00	1	2,63	1	1,32
Wyniki przeciętne	16	42,11	11	28,95	27	38,53
Wyniki wysokie	22	57,89	26	68,42	48	63,15

Zgodnie z normami stenowymi wyniki w granicach 1-4 stena oznaczają wyniki niskie, 5-6 stena – wyniki przeciętne, 7-10 stena – wyniki wysokie

Większość kobiet, zarówno po operacji oszczędzającej, jak i po amputacji piersi uzyskała wyniki wskazujące na dobre przystosowanie się do życia z chorobą nowotworową. Tylko dwie z przebadanych kobiet ujawniały trudności w pogodzeniu się z chorobą, wykazywały bezradność, strach i niepokój (tabela 6).

Tabela 6. Ocena strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową za pomocą skali Mini-MAC badanej grupy kobiet – styl destruktywny

Styl destrukcyjny w badanej populacji według skali Mini-MAC	Operacje oszczędzające (<i>n</i> = 38)		Amputacje (<i>n</i> = 38)		Ogółem (<i>n</i> = 76)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Wyniki niskie	16	42,11	21	55,26	37	48,38
Wyniki przeciętne	21	55,26	16	42,11	37	48,38
Wyniki wysokie	1	2,63	1	2,63	2	2,63

Zgodnie z normami stenowymi wyniki w granicach 1-4 stena oznaczają wyniki niskie, 5-6 stena – wyniki przeciętne, 7-10 stena – wyniki wysokie

Nie stwierdzono istotnych różnic między grupami w stylu przystosowania się do choroby nowotworowej – konstruktywnym oraz destruktywnym. Otrzymane wyniki wskazują, że zarówno kobiety po amputacjach, jak i po zabiegach oszczędzających preferowały radzenie sobie z chorobą nowotworową stylem konstruktywnym (tabela 7).

Tabela 7. Istotność różnic między średnimi uzyskanymi dla stylu konstruktywnego i destruktywnego przystosowania się do choroby nowotworowej w grupie kobiet po operacjach oszczędzających oraz po zabiegu amputacji

	Rodzaj zabiegu				<i>t</i>	<i>p</i>
	Operacje oszczędzające (<i>n</i> = 38)		Amputacje (<i>n</i> = 38)			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Styl konstruktywny	22,72	2,96	23,34	2,64	-1,36	0,176
Styl destruktywny	14,89	4,26	15,07	4,57	-0,239	0,812

Z przeprowadzonych analiz wynika, że pomiędzy badanymi grupami kobiet nie występowały istotne statystycznie różnice między strategiami radzenia sobie z chorobą nowotworową. Poziom lęku w obu badanych grupach był podobny, wartości średnich okazały się stosunkowo wysokie (*M* = 17,00 i *M* = 16,60) (tabela 8). Podobnie poczucie bezradności pozostawało na tym samym – niskim poziomie,

co sugeruje prawidłowy proces powrotu do zdrowia psychicznego. Wartości te – $M = 12,79$ oraz $M = 13,00$ (tabela 8) uznaje się za niskie, ponieważ w przypadku nowotworów piersi średnia w tej domenie wynosi 15,7 punktów (Juczyński, 2001). W strategii wyrażającej mobilizację do zmagania się z chorobą oraz aktywne podjęcie działań mające na celu jej zwalczanie pacjentki w obu grupach uzyskały bardzo wysokie wyniki, co wiąże się z uruchomieniem silnych mechanizmów obronnych, mających na celu odwrócenie uwagi od trudności i redukcję negatywnych emocji. Ostatnia strategia, wyrażająca przeorganizowanie problemu związanego z chorobą, aby przy pełnej świadomości jej powagi znaleźć nadzieję i zadowolenie z już przeżytych lat, również nie wykazała istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami badanych kobiet, podobnie uzyskano wysokie wyniki ($M = 22,00$ oraz $M = 23,06$) (tabela 8). Niezależnie od rodzaju zabiegu, któremu zostały poddane kobiety, przyjmowane były podobne strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową.

Tabela 8. Istotność różnic między średnimi w zakresie strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową w grupie kobiet po operacjach oszczędzających oraz po zabiegu amputacji

Strategia radzenia sobie z chorobą nowotworową	Rodzaj zabiegu				<i>t</i>	<i>p</i>
	Operacje oszczędzające (<i>n</i> = 38)		Amputacje (<i>n</i> = 38)			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Zaabsorbowanie lękowe	17,00	4,01	16,60	4,57	0,03	0,489
Bezradność- -beznadziejność	12,79	3,41	13,00	3,80	-0,45	0,655
Duch walki	23,45	3,18	23,89	3,01	-0,41	0,341
Pozytywne przewartościowanie	22,00	2,58	23,06	2,20	-1,71	0,09

Rodzaj zabiegu a nasilenie lęku jako stanu oraz cechy

Wśród kobiet poddanych operacjom oszczędzającym 15,79% uzyskało niskie wyniki nasilenia lęku jako stanu, 34,21% pacjentek wyniki na poziomie średnim, a 50% na poziomie wysokim. U kobiet po amputacjach odsetek z wynikami niskimi wyniósł 7,89%. Wyniki na poziomie średnim uzyskało 39,47% kobiet, a na wysokim 52,63%. Z kolei z analizy poziomu nasilenia lęku jako cechy wynika, iż około 40% kobiet po operacjach oszczędzających uzyskało wyniki na poziomie niskim i niecałe 35% kobiet po amputacjach. Średni poziom nasilenia lęku uzyskało dokładnie tyle samo kobiet w obu grupach. Wysoki poziom lęku jako cechy wykazywało 18,42% kobiet po amputacjach oraz 13,16% po zabiegach oszczędzających (tabela 9).

Tabela 9. Poziom nasilenia lęku – stanu (X-1) oraz lęku – cechy (X-2) w grupie osób badanych w zależności od rodzaju zabiegu

Poziom nasilenia lęku – wartość stenu	Operacje oszczędzające (n = 38)		Amputacje (n = 38)	
	Lęk – cecha	Lęk – stan	Lęk – cecha	Lęk – stan
Niski lęk (1-4 sten)	15	6	13	3
Średni lęk (5-6 sten)	18	13	18	15
Wysoki lęk (7-10 sten)	5	19	7	20

Średni poziom nasilenia lęku jako stanu w przypadku obu grup był podobny i wyniósł w punktach dla kobiet po zabiegach oszczędzających 45,37, a po amputacjach piersi – 42,82. Wartość maksymalna punktów w pierwszej grupie wyniosła 76, natomiast w drugiej 63 punkty. Również nasilenie lęku jako cechy w obu badanych grupach było porównywalne (44,74 vs. 45,37) (tabela 10). Uzyskane różnice w średnich wartościach nie osiągnęły istotności statystycznej.

Tabela 10. Istotność różnic między średnimi w zakresie lęku – stanu (X-1) oraz lęku – cechy (X-2) w grupie kobiet po operacjach oszczędzających oraz po zabiegu amputacji

	Rodzaj zabiegu				t	p
	Operacje oszczędzające (n = 38)		Amputacje (n = 38)			
	M	SD	M	SD		
Lęk – cecha	44,74	7,67	45,47	7,41	-0,426	0,671
Lęk – stan	45,37	12,35	45,82	9,16	-0,179	0,858

Dyskusja

Celem podjętych badań było określenie, czy kobiety, u których zdiagnozowano nowotwór piersi różnią się poziomem nasilenia lęku, depresji oraz sposobem przystosowania się psychicznego do choroby nowotworowej w zależności od rodzaju zabiegu chirurgicznego, któremu zostały poddane. Pacjentki po radykalnym leczeniu raka piersi nie różniły się w sposób istotny od kobiet po przebytych zabiegu oszczędzającym nasileniem objawów depresji. Połowa przebadanych kobiet wykazała zupełny brak występowania objawów depresji. U co czwartej uczestniczki badania stwierdzono objawy z pogranicza depresji. Spośród badanych 12% kobiet ujawniło objawy depresji o nasileniu lekko umiarkowanym i znacznym. Z analizy wynika, że połowa kobiet wykazała objawy obniżonego nastroju (BDI > 10). Nie zanotowano istotnych statystycznie różnic nasilenia objawów depresji w zależności

od rodzaju zabiegu, jakiemu zostały poddane uczestniczki badania. Uzyskanie takich wyników wiąże się przede wszystkim z tym, że pacjentki znajdowały się na początkowym etapie choroby, depresja pojawia się na bardziej zaawansowanym, jak również z postawą aktywną, zmobilizowaną do walki o własne życie i zdrowie.

Badania Malickiej i współpracowników (2009) grupy 20 kobiet z rakiem piersi wykazały, że 25% kobiet po amputacji piersi miało objawy obniżonego nastroju (BDI > 11). Wyniki BDI korelowały z takimi parametrami stanu psychicznego, jak: duch walki, pozytywne przewartościowanie oraz konstruktywny styl radzenia sobie z chorobą nowotworową.

Uczestniczki badania wykazywały tendencję do aktywnych form zmagania się z chorobą, czyli traktowania choroby jako wyzwania, budowania nadziei przy pełnej powadze choroby. Świadczą o tym wysokie wartości uzyskane w kategorii duch walki ($M = 23,45$) u pacjentek po zabiegach oszczędzających i u kobiet po mastektomii ($M = 23,89$) oraz w kategorii Pozytywne Przewartościowanie u kobiet po zabiegach oszczędzających ($M = 22,00$) i u pacjentek po amputacjach piersi ($M = 23,06$). Wysokie wartości uzyskane w ostatniej kategorii świadczą o tym, że badane kobiety traktowały chorobę jako sygnał do zmian we własnym życiu, co świadczy o tym, że efektywność ich działania w tym kierunku jest większa oraz że dostrzegają wartość swojego życia i starają się cieszyć każdym kolejnym dniem pomimo przewlekłości choroby i leczenia. Wysokie wyniki w kategorii duch walki mogą wskazywać, iż badane kobiety nastawione były na racjonalne działanie, poszukiwanie wsparcia społecznego i czerpanie pozytywnych wzorców od osób, które wygrały walkę z nowotworem. Niezależnie od rodzaju przebytego zabiegu, kobiety wykazywały większą tendencję do korzystnego i efektywnego radzenia sobie z chorobą nowotworową niż stylem destrukcyjnym. Kobiety z obu grup nie różniły się w sposób istotny statystycznie sposobem przystosowania się do choroby nowotworowej w zakresie wszystkich strategii. Ogińska-Bulik (2011) w swoich badaniach, w których wzięło udział 60 pacjentek w średnim wieku ($M = 56,30$) po radykalnym zabiegu chirurgicznym, wykazała dobre przystosowanie się do choroby nowotworowej. Na wysoki wskaźnik akceptacji choroby wpływa większa skłonność do zastosowania strategii adaptacyjnych, takich jak: duch walki, pozytywne przewartościowanie, poczucie humoru oraz poszukiwanie wsparcia społecznego. Kobiety traktujące chorobę jako osobiste wyzwanie i podejmujące działania mające na celu zwalczanie choroby, łatwiej przystosowują się do nowej sytuacji i szybciej powracają do zdrowia. Kot i Kocur (2008) stwierdzili natomiast, że pacjentki z rakiem piersi przyjmują takie postawy, jak „zaabsorbowanie lękowe” oraz destruktywne przystosowanie do choroby nowotworowej. Mechanizm tłumienia lęku współwystępuje wraz ze słabą tendencją do stosowania postawy „ducha walki”. Kobiety te przyjmowały postawę „bezzadności-beznadziejności”.

Doniesienia naukowe wskazują, że najgorzej ocenianą dziedziną w sytuacji choroby nowotworowej jest dziedzina psychiczna (Pacian i in., 2013). Pacjentki z rakiem piersi najczęściej wymieniają następujące problemy natury emocjonalnej: przygnębienie, żal, złość, gniew, poczucie małowartościowości, winy, a przede

wszystkim obecność lęku i depresji. Przyjmuje się, że przyczyną wyżej wymienionych reakcji emocjonalnych jest stres związany z rozpoznaniem choroby nowotworowej, niepewnością rokowania oraz dolegliwości na poziomie fizycznym, które ściśle wiążą się z chorobą i procesem leczenia (Stępień, 2007).

W badaniach własnych większość respondentek (około 95%) wykazywała średnią i wysoką wartość nasilenia lęku jako stanu (X-1). Nie zanotowano istotnych statystycznie różnic między grupami w zakresie nasilenia lęku jako stanu. W przypadku lęku – cechy (X-2) około 94% wszystkich kobiet wykazywała średnie i wysokie nasilenie lęku. Podobnie jak w przypadku lęku jako stanu badane grupy nie różniły się w sposób istotny. Zgodnie z wyżej opisanymi badaniami empirycznymi można przypuszczać, że niezależnie od tego, jakiemu rodzajowi zabiegu poddawana jest pacjentka, lęk i obniżony nastrój są stałym doświadczeniem emocjonalnym z racji samego faktu zachorowania na nowotwór piersi. Oczywiście należy pamiętać, że stany emocjonalne uzależnione są od różnych czynników. Uzależnione są przede wszystkim od poszczególnych etapów choroby, począwszy od szoku i niedowierzania w wyniku rozpoznania, lęków i dystresu podczas leczenia, nękających myśli na temat choroby po zakończonym leczeniu, do stale istniejącego strachu przed nawrotem choroby.

Optymalny poziom lęku, który jest możliwy do przezwyciężenia, spełnia pozytywne funkcje zarówno przy zachowanym zdrowiu, jak i w sytuacji choroby. Będąc sygnałem ostrzegawczym w sytuacji zagrożenia, pobudza człowieka do działań obronnych i prozdrowotnych. Z kolei poprzez funkcję motywacyjno-regulacyjną umożliwia podejmowanie i kontynuowanie procesu leczenia. W sytuacji jednak, gdy poziom nieprzyjemnych emocji jest zbyt wysoki, staje się on czynnikiem paraliżującym, może wywoływać zaburzenia typu nerwicowego, kliniczną depresję lub prowadzić do zachowań szkodliwych (de Walden-Gałuszko, 1998; Kopczyńska-Tyszko, 1999; Stępień, Wrońska, 2008).

Niezależnie od rodzaju zabiegu chirurgicznego, mastektomii czy zabiegu oszczędzającego, kobiety muszą zmierzyć się z ciężką chorobą, która w sposób znaczący zmienia ich dotychczasowe życie.

Podsumowanie

W związku z uzyskanymi wynikami badań pojawiają się kolejne argumenty za koniecznością wprowadzenia holistycznego wsparcia dla kobiet ze zdiagnozowanym nowotworem piersi, niezależnie od stosowanego rodzaju leczenia. Lęk przed chorobą, długotrwałym leczeniem oraz lęk przed śmiercią, może wywoływać uczucie smutku, bezsilności i depresyjny nastrój niezależnie od rodzaju zastosowanego zabiegu operacyjnego. Ważnym celem opieki psychologicznej nad osobami chorymi staje się zatem systematyczne monitorowanie emocji repulsywnych, a zwłaszcza lęku i depresji, ponieważ ich nasilenie na poziomie patologicznym zakłóca efektywne funkcjonowanie człowieka. Właściwa ocena problemów, potrzeb chorych kobiet oraz odpowiednie oddziaływania terapeutyczne mogą w sposób znaczący

wpłynąć na skuteczność procesu leczenia, dlatego tak istotne jest, by wsparcie psychologiczne było integralną częścią opieki medycznej.

Literatura cytowana

- Baker, F., Marcellus, D., Zabora, J., Polland, A., Jodrey, D. (1997). Psychological distress among adult patients being evaluated for bone marrow transplantation. *Psychosomatics*, 38, 1, 10-19.
- Chojnacka-Szawłowska, G. (1994). *Następstwa psychologiczne nowotworu gruczołu piersiowego i narządów rodnych*. Wrocław: Wydawnictwo Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Engel, J., Kerr, J., Schlesinger-Raab, A., Sauer, H., Holzel, D. (2004). Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5-year prospective study. *The Breast Journal*, 10 (3), 223-231.
- Formañska, J. (1998). *Psychoonkologia. Podręcznik dla szkół medycznych*. Warszawa: PZWL.
- Izdebski, P. (2007). *Psychologiczne aspekty przebiegu choroby nowotworowej piersi*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Jeznach, M., Jordan, P., Akoulitchev, A. (2013). Rak piersi – rozwój wczesnej diagnostyki nieinwazyjnej w celu ograniczenia umieralności i złagodzenia konsekwencji psychologicznych choroby. *Psychoonkologia*, 2, 35-49.
- Juczyński, Z. (2001). *Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Kopczyńska-Tyszko, A. (1999). Reakcje emocjonalne chorujących na nowotwór. W: D. Kubacka-Jasiecka, W. Łosiak (red.), *Zmagając się z chorobą nowotworową* (s. 125-141). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kordek, R. (2013a). Radioterapia nowotworów. W: R. Kordek, J. Jassem, A. Jeziorski, J. Kornafel, M. Krzakowski, J. Pawłega (red.), *Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy* (s. 79-85). Gdańsk: Wydawnictwo Via Medica.
- Kordek, R. (2013b). Chemioterapia i hormonoterapia nowotworów. W: R. Kordek, J. Jassem, A. Jeziorski, J. Kornafel, M. Krzakowski, J. Pawłega (red.), *Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy* (s. 93-94). Gdańsk: Wydawnictwo Via Medica.
- Kot, J., Kocur, J. (2008). Poczucie umiejscowienia kontroli oraz nadzieja podstawowa jako cechy korelujące z psychicznym przystosowaniem do choroby nowotworowej u kobiet z rakiem piersi – doniesienie wstępne. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 8, 3, 155-163.
- Krzemieniecki, K. (2008). *Leczenie wspomagające w onkologii*. Poznań: Wydawnictwo Termedia.
- Malicka, I., Szczepańska, J., Anioł, K., Rymaszewska, J., Woźniewski, M. (2009). Zaburzenia nastroju i strategie przystosowania do choroby u kobiet leczonych operacyjnie z powodu nowotworu piersi i narządów rodnych. *Współczesna Onkologia*, 13, 1, 41-46.
- Ogińska-Bulik, N. (2011). Rola prężności psychicznej w przystosowaniu się kobiet do choroby nowotworowej. *Psychoonkologia*, 1, 16-24.

- Pacian, A., Pakuła, E., Gomółka, S., Kraczkowski, J.J. (2013). Przegląd populacji kobiet zrzeszonych w klubie amazoнок oraz analiza ich sytuacji zawodowej i finansowej przed i po przebytych zabiegach mastektomii. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 19, 356-361.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R.E. (2001). *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Stępień, B.R. (2007). Uwarunkowania społeczno-demograficzne poziomu lęku i depresji u kobiet po mastektomii. *Problemy Pielęgniarstwa*, 15, 1, 20-25.
- Stępień, B.R., Wrońska, I. (2008). Lęk i depresja jako emocjonalne uwarunkowania możliwości funkcjonalnych kobiet po radykalnym leczeniu raka piersi. *Studia Medyczne*, 10, 31-35.
- Szczepańska-Gieracha, J., Malicka, I., Rymaszewska, J., Woźniewski, M. (2010). Przystosowanie psychologiczne kobiet bezpośrednio po operacji onkologicznej i po zakończeniu leczenia. *Współczesna Onkologia*, 14, 6, 403-410.
- Tkaczuk-Włach, J., Sobstyl, M., Jakiel, G. (2012). Rak piersi – znaczenie profilaktyki pierwotnej i wtórnej. *Przegląd Menopauzalny*, 4, 343-347.
- Trzebiatowska, I. (2000). Zaburzenia psychiczne w chorobie nowotworowej. W: K. de Walden-Gałuszko (red.), *Psychoonkologia* (s. 71-81). Warszawa: PZW. W.
- Wade, T.D., Lee, C. (2005). Prospective predictors of mental health after the development of breast cancer in middle-aged women. *Clinical Psychologist*, 9, 2, 64-69.
- Walden-Gałuszko de, K. (1998). Psychospołeczne aspekty raka sutka. W: J. Jassem (red.), *Rak sutka* (s. 377-391). Warszawa: Springer PWN.
- Walden-Gałuszko de, K., Majkowicz, M., Trojanowski, L., Trzebiatowska, I. (1994). Jakość życia w chorobie nowotworowej. W: K. de Walden-Gałuszko, M. Majkowicz (red.), *Jakość życia w chorobie nowotworowej* (s. 22-41). Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Widera, A., Juczyński, Z., Popiela, T. (2003). Psychologiczne wyznaczniki stresu pourazowego u pacjentów onkologicznych po okaleczających zabiegach. *Psychoonkologia*, 7 (2), 31-36.
- Wilkinson, C. (2011). The Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale: re-analysis of its psychometric properties in a sample of 160 mixed cancer patients. *Psycho-Oncology*.

Streszczenie. Diagnoza nowotworu jest zawsze traumatycznym doświadczeniem, obciążającym zarówno emocjonalnie, jak i fizycznie. Pacjentki z chorobą nowotworową piersi odczuwają silny lęk, który uniemożliwia prawidłowy proces leczenia i rehabilitacji. Często przedłużające się uczucie przygnębienia, nastrój depresyjny mogą spowodować zmiany w funkcjonowaniu psychicznym i społecznym. Mimo rozwoju medycyny często konieczna jest amputacja piersi. Mastektomia powoduje zmiany w sylwetce kobiety, przez co prowadzi do zmian w sferze psychicznej, w postaci nasilonego lęku, przygnębienia, a także powstania depresji. Celem pracy było określenie, czy kobiety, u których zdiagnozowano nowotwór piersi, różnią się poziomem nasilenia lęku, depresji oraz sposobem przystosowania się psychicznego do choroby nowotworowej w zależności od rodzaju przeprowadzonego zabie-

gu chirurgicznego. Uzyskane wyniki badań nie wykazały istotnych różnic między pacjentkami po mastektomii a pacjentkami po zabiegu oszczędzającym. Połowa przebadanych kobiet miała obniżony nastrój, u większości zanotowano średni i wysoki poziom lęku oraz tendencję do aktywnych form zmagania się z chorobą.
Słowa kluczowe: nowotwór piersi, lęk, depresja, przystosowanie się do choroby

Data wpłynięcia: 19.10.2015

Data wpłynięcia po poprawkach: 23.03.2016

Data zatwierdzenia do druku: 30.03.2016