

Cel pracy: Analiza psychologicznych procesów przystosowawczych kobiet z chorobą nowotworową w początkowym etapie leczenia onkologicznego i po jego zakończeniu.

Materiał i metody: Badaniami objęto 77 kobiet leczonych z powodu nowotworów złośliwych (średni wiek 58,4 ±10,5 roku), które podzielono na dwie grupy: 1) pacjentki Dolnośląskiego Centrum Onkologii ($n = 40$) badane najpóźniej w 5. dobie po operacji raka piersi lub dróg rodnych, 2) uczestniczki turnusu rehabilitacyjnego ($n = 37$), u których zakończono leczenie szpitalne i ambulatoryjne leczenie uzupełniające po operacji raka piersi. Średni czas od operacji w tej grupie wynosił 6,8 ±5,1 roku, w żadnym przypadku nie wykryto wznowy choroby. U wszystkich kobiet oceniano przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej przy użyciu skali przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej (Mini-MAC). Wśród uczestniczek turnusu dodatkowo badano jakość życia za pomocą skali satysfakcji z życia (SWLS) oraz przeprowadzono wywiad dotyczący sposobu spędzania wolnego czasu, roli aktywności fizycznej przed i po operacji, udziału w spotkaniach Klubu Amazonek.

Wyniki: Podczas szpitalnego leczenia onkologicznego natężenie strategii konstruktywnych osiąga bardzo wysokie wartości: 48,2 ±5,0. Jest to wyraz uruchomienia silnych mechanizmów obronnych, których celem jest redukcja negatywnych emocji. Po pomyślnie zakończonym leczeniu onkologicznym (min. 6 lat bez wznowy choroby) natężenie strategii konstruktywnych istotnie spada (43,8 ±4,5), $p = 0,002$, natomiast nie obserwuje się znamiennego spadku natężenia strategii destrukcyjnych. Wartości tych strategii charakteryzuje jednak duży rozrzut wyników, co oznacza duże zróżnicowanie nasilenia negatywnych emocji u poszczególnych osób.

Wnioski: W programach terapeutycznych skierowanych do kobiet po mastektomii istotne jest zróżnicowanie form oddziaływań w zależności od poziomu odczuwanych negatywnych emocji oraz stosowanych strategii przystosowania do choroby nowotworowej. Rodzaj oddziaływań terapeutycznych powinien także zależeć od etapu walki z chorobą.

Słowa kluczowe: leczenie onkologiczne, przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej, skala Mini-MAC.

Przystosowanie psychologiczne kobiet bezpośrednio po operacji onkologicznej i po zakończeniu leczenia

Psychological adjustment of women after oncological surgery and at the end of treatment

Joanna Szczepańska-Gieracha¹, Iwona Malicka¹, Joanna Rymaszewska^{1,2}, Marek Woźniewski¹

¹Katedra Fizjoterapii w Medycynie Zachowawczej i Zabiegowej, Wydział Fizjoterapii, Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu

²Pracownia Psychiatrii Konsultacyjnej i Medycyny Behawioralnej, Katedra i Klinika Psychiatrii, Akademia Medyczna we Wrocławiu

Wstęp

Wraz ze wzrostem zachorowalności na nowotwory złośliwe rośnie zainteresowanie problemami natury emocjonalnej, które towarzyszą choremu od momentu rozpoznania choroby oraz w trakcie leczenia szpitalnego i uzupełniającego. Panuje zgodna opinia, że przyjęta przez pacjenta postawa wobec choroby, sposób radzenia sobie z negatywnymi emocjami czy też poglądy na temat umiejscowienia kontroli zdrowia mają duże znaczenie zarówno dla jakości życia, jak i końcowych efektów leczenia [1–3]. Literatura przedmiotu obfituje przede wszystkim w doniesienia dotyczące wczesnego etapu leczenia. Prawdopodobnie decyduje o tym łatwiejszy dostęp zespołów badawczych do pacjentów objętych leczeniem szpitalnym czy też ambulatoryjnym leczeniem uzupełniającym. Po zakończeniu tego procesu dotarcie do osób, które raz w roku odbywają kontrolne badanie onkologiczne, jest znacznie utrudnione. W związku z tym brakuje danych opisujących stan emocjonalny pacjentów po zakończeniu leczenia onkologicznego. Zakłada się, że inne są emocje i postawy wobec choroby bezpośrednio po postawieniu diagnozy, w trakcie leczenia czy też w okresie remisji choroby. Poznanie dynamiki i kierunku tych zmian, szczególnie u osób, które ostatecznie można uznać za wyleczone (min. 6 lat bez nawrotu choroby), może być pomocne np. w opracowywaniu programów wsparcia psychologicznego dla chorych leczonych z przyczyn onkologicznych.

Celem badań było porównanie przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej w dwóch grupach pacjentek:

- operowanych z przyczyn onkologicznych, badanych na oddziale szpitalnym w ciągu pierwszych 5 dni po operacji,
- przebywających w turnusie rehabilitacyjnym po zakończeniu leczenia szpitalnego i uzupełniającego (min. rok po operacji).

Materiał i metody

Badaniami objęto 77 pacjentek leczonych z powodu nowotworów złośliwych (średni wiek 58,4 ±10,5 roku), które podzielono na dwie grupy. Pierwszą grupę stanowiło 40 pacjentek Dolnośląskiego Centrum Onkologii (DCO) we Wrocławiu bezpośrednio po operacji. W grupie tej 20 kobiet leczono z powodu nowotworu piersi (14 operacji radykalnych i 6 oszczędzających) i 20 z powodu nowotworu narządów rodnych (8 pacjentek chorych na raka jajnika, 6 – trzonu macicy, 4 – szyjki macicy, jedna na raka trzonu i szyjki macicy oraz jedna z nowotworem jajowodu z przerzutami). Średni wiek w tej grupie wynosił 56,1 ±10,3 roku.

Aim of study: To analyse psychological adjustment among women with tumours in the initial period of oncological treatment and after its completion.

Material and methods: 77 women (average age 58.4) treated due to cancer were divided into two groups: 1) patients of the Lower Silesian Oncology Centre ($n = 40$) who were examined on the fifth day after surgery of breast cancer or reproductive organ tumour, 2) women who participated in a rehabilitation programme after hospital and outpatient treatment without symptoms of recurrence of disease (average time after treatment 6.8 years), $n = 37$. Mini-MAC, Satisfaction with Life Scale and interview of leisure time, physical activity before and after treatment were used in all women.

Results: Intensity of positive adjustment attained very high values (48.2 ; $SD \pm 5.0$) during hospital treatment of cancer. It expressed mobilization of strong defensive mechanisms, whose purpose was to reduce negative adjustment. After successful oncological treatment (min. 6 years without recurrence of disease) intensity of positive adjustment decreased significantly (43.8 ; $SD \pm 4.5$; $p = 0.002$) without a considerable drop of negative adjustment. However, values of these processes strongly varied, which indicates individual diversity of negative emotions.

Conclusions: Therapeutic procedures for women after breast cancer treatment should be differentiated according to intensity and variety of negative adjustment. Type of therapeutic procedures should also depend on stage of cancer treatment.

Key words: cancer treatment, psychological adjustment, Mini-MAC scale.

Do grupy drugiej zakwalifikowano uczestniczki turnusu rehabilitacyjnego zorganizowanego przez Stowarzyszenie Amazonek *Femina Fenix* ($n = 37$), średni wiek w tej grupie wynosił $60,9 \pm 10,3$ roku. Wszystkie kobiety leczone były z powodu nowotworu piersi, w przypadku 92% zastosowano zabieg radykalnego usunięcia piersi, 84% odbyło leczenie uzupełniające, 90% podjęło rehabilitację (szpitalną bądź ambulatoryjną), a u 54% stwierdzono obecność obrzęku limfatycznego. Średni czas od operacji wynosił $6,8 \pm 5,1$ roku, w żadnym przypadku nie wykryto wznowy choroby. W grupie tej wyodrębniono dwie podgrupy: I – kobiety do 5 lat po operacji ($n = 19$), II – kobiety powyżej 5 lat od operacji ($n = 18$).

W ramach dodatkowych analiz wśród uczestniczek turnusu wyłoniono także kobiety, u których występował obrzęk chłonny jako powikłanie leczenia onkologicznego ($n = 20$) oraz grupę bez obrzęku ($n = 17$).

Zasadniczą część badania stanowiła ocena właściwości przystosowania psychologicznego do choroby nowotworowej przy użyciu skali przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej (*Mental Adjustment to Cancer Scale – MAC*) Watson i wsp. w wersji skróconej (Mini-MAC) [4]. Skala ta ocenia następujące strategie: styl konstruktywny radzenia sobie z chorobą (SK), w skład którego wchodzi postawy: duch walki (DW) i pozytywne przetwarzanie (PP), oraz styl destrukcyjny radzenia sobie z chorobą (SD), który tworzą zaabsorbowanie lękowe (ZL) i bezradność/beznadzieja (BB). Tłumaczenia i adaptacji skali do polskich warunków dokonał Jurczyński [5].

Ponadto wśród uczestniczek turnusu rehabilitacyjnego w celu szerszej oceny stanu emocjonalnego po przebytej chorobie nowotworowej przeprowadzono dodatkowo:

- 1) badanie przy użyciu skali satysfakcji z życia (*Satisfaction with Life Scale – SWLS*) Dienera i wsp. [6, 7], która określa subiektywne poczucie satysfakcji z życia na podstawie porównania własnej sytuacji z ustalonymi przez siebie standardami; jeśli wynik jest zadowalający, to jego skutkiem jest poczucie satysfakcji; tłumaczenia i adaptacji skali do polskich warunków dokonał Jurczyński [5];
- 2) wywiad dotyczący sposobu spędzania wolnego czasu, roli aktywności fizycznej przed operacją i po niej oraz udziału w spotkaniach Klubu Amazonek.

W analizie wyników oprócz statystyk opisowych zastosowano test *t*-Studenta dla prób niezależnych oraz analizę korelacji Pearsona.

Wyniki

Na podstawie ankiety przeprowadzonej wśród uczestniczek turnusu rehabilitacyjnego ustalono, że 92% grupy uznaje, że podejmowanie regularnej aktywności fizycznej jest potrzebne i sprzyja utrzymaniu zdrowia i dobrej kondycji fizycznej, 81% poświęca na ten cel więcej czasu niż przed operacją, a 10% tyle samo czasu co przed leczeniem; tylko niespełna 9% badanych kobiet ograniczyło swoją aktywność w porównaniu z okresem przed operacją. Rekreacyjną aktywność fizyczną co najmniej raz w tygodniu podejmuje 55% ankietowanych, wymieniane są spacer, gimnastyka, jazda na rowerze, wycieczki turystyczne i pływanie jako najczęściej podejmowane formy aktywności. W spotkaniach Klubu Amazonek w swojej miejscowości uczestniczy 97% grupy. Średni wynik skali satysfakcji z życia (SWLS) wśród uczestniczek turnusu rehabilitacyjnego wyniósł $19,0 \pm 4,7$ punktu.

Następnie ocenie poddano wyniki badań pacjentek Dolnośląskiego Centrum Onkologii, porównując grupę kobiet z rozpoznaniem nowotworu narządów rodnych ($n = 20$) z grupą pacjentek leczonych z powodu nowotworu piersi ($n = 20$). Nie wykazano istotnych różnic w żadnej z badanych cech (tab. 1), dlatego w dalszych analizach pacjentki DCO uznano za grupę jednorodną z punktu widzenia opisywanego projektu badawczego ($n = 40$).

W celu oceny zmian stanu emocjonalnego w czasie kobiety badane bezpośrednio po operacji porównywano z uczestniczkami turnusu rehabilitacyjnego (DCO vs podgrupa I oraz DCO vs podgrupa II) (tab. 2. i 3.). Tylko w przypadku podgrupy II znacząco zmniejszyły się wartości strategii DW i PP,

Tabela 1. Porównanie wyników skali Mini-MAC u kobiet przebywających na oddziale szpitalnym operowanych z powodu nowotworu dróg rodnych ($n = 20$) oraz nowotworu piersi ($n = 20$)**Table 1.** Comparison of Mini-MAC scale results of women treated in hospital due to reproductive organs tumor ($n = 20$) or breast cancer ($n = 20$)

Zmienna	Rak dróg rodnych		Rak piersi		Test <i>t</i> -Studenta	
	średnia	odchylenie standardowe	średnia	odchylenie standardowe	<i>t</i>	<i>p</i>
wiek	55,95	9,05	56,25	11,69	-0,091	0,928
ZL	15,10	4,78	16,15	4,97	-0,681	0,500
DW	24,30	3,03	23,90	2,29	0,471	0,640
BB	10,40	3,35	11,35	3,50	-0,878	0,386
PP	24,00	3,29	24,25	3,14	-0,245	0,807
SK	48,30	5,56	48,15	4,49	0,094	0,926
SD	25,50	7,24	27,50	7,35	-0,867	0,391

ZL – zaabsorbowanie lękowe, DW – duch walki, BB – bezradność/beznadzieja, PP – pozytywne przewartościowanie, SK – styl konstruktywny radzenia sobie z chorobą (DW + PP), SD – styl destrukcyjny radzenia sobie z chorobą (ZL + BB)

Tabela 2. Porównanie wyników skali Mini-MAC u pacjentek przebywających na oddziale szpitalnym (DCO, $n = 40$) z uczestniczkami turnusu rehabilitacyjnego do 5 lat po operacji (podgrupa I, $n = 19$)**Table 2.** Comparison of Mini-MAC scale results of women treated in hospital ($n = 40$) with women 5 years after surgery participating in rehabilitation camp (subgroup I, $n = 19$)

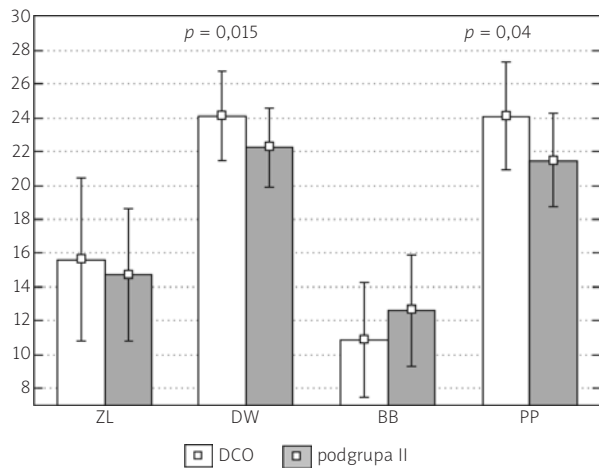
Zmienna	DCO		Podgrupa I		Test <i>t</i> -Studenta	
	średnia	odchylenie standardowe	średnia	odchylenie standardowe	<i>t</i>	<i>p</i>
wiek	56,10	10,32	57,16	10,59	-0,365	0,717
ZL	15,63	4,84	16,26	5,12	-0,465	0,644
DW	24,10	2,66	23,47	3,10	0,802	0,426
BB	10,88	3,41	12,68	4,63	-1,691	0,096
PP	24,13	3,18	22,58	3,19	1,744	0,087
SK	48,23	4,99	46,05	5,90	1,473	0,146
SD	26,50	7,27	28,95	9,11	-1,112	0,271

ZL – zaabsorbowanie lękowe, DW – duch walki, BB – bezradność/beznadzieja, PP – pozytywne przewartościowanie, SK – styl konstruktywny radzenia sobie z chorobą (DW + PP), SD – styl destrukcyjny radzenia sobie z chorobą (ZL + BB)

Tabela 3. Porównanie wyników skali Mini-MAC u pacjentek przebywających na oddziale szpitalnym (DCO, $n = 40$) z uczestniczkami turnusu rehabilitacyjnego powyżej 5 lat po operacji (podgrupa II, $n = 18$)**Table 3.** Comparison of Mini-MAC scale results of women treated in hospital ($n = 40$) and women 5 years after surgery participating in rehabilitation camp (subgroup II, $n = 18$)

Zmienna	DCO		Podgrupa II		Test <i>t</i> -Studenta	
	średnia	odchylenie standardowe	średnia	odchylenie standardowe	<i>t</i>	<i>p</i>
wiek	56,10	10,32	64,78	8,71	-3,101	0,003
ZL	15,63	4,84	14,72	3,89	0,696	0,490
DW	24,10	2,66	22,28	2,35	2,500	0,015
BB	10,88	3,41	12,61	3,27	-1,814	0,075
PP	24,13	3,18	21,50	2,75	3,027	0,004
SK	48,23	4,99	43,78	4,54	3,225	0,002
SD	26,50	7,27	27,33	5,80	-0,428	0,670

ZL – zaabsorbowanie lękowe, DW – duch walki, BB – bezradność/beznadzieja, PP – pozytywne przewartościowanie, SK – styl konstruktywny radzenia sobie z chorobą (DW + PP), SD – styl destrukcyjny radzenia sobie z chorobą (ZL + BB)



Ryc. 1. Wyniki skali Mini-MAC u pacjentek DCO ($n = 40$) i uczestniczek turnusu rehabilitacyjnego, u których nie stwierdzono wznowy choroby przez co najmniej 6 lat (podgrupa II, $n = 18$)

Fig. 1. Results of Mini-MAC scale in patients treated in lower silesian oncology centre and women without recurrence of disease for 6 years participating in rehabilitation camp

ZL – zaabsorbowanie lękowe, DW – duch walki, BB – beznadzieja/beznadzieja, PP – pozytywne przewartościowanie

natomiast nie zaobserwowano istotnych zmian postaw BB i ZL (tab. 3., ryc. 1.).

Analiza korelacji poszczególnych właściwości przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej wykazała, że w przypadku pacjentek DCO wysokim wartościom strategii tworzących styl konstruktywny towarzyszą niskie wartości strategii należących do stylu destrukcyjnego (tab. 4.). W podgrupie II nie stwierdza się takich zależności, natomiast styl konstruktywny i jego składowe (DW i PP) korelują z wynikami skali SWLS (tab. 5.).

Badając wpływ obrzęku limfatycznego na stan emocjonalny uczestniczek turnusu, ustalono, że w grupie kobiet bez obrzęku obserwuje się istotnie mniejsze wartości strategii DW, PP i SK w porównaniu z kobietami z tym powi-

Tabela 4. Wartości współczynnika korelacji Pearsona badanych zmiennych u pacjentek DCO ($n = 40$)

Table 4. Values of Pearson correlation coefficients of variables in patients from lower Silesian Oncology Centre ($n = 40$)

	Wiek	ZL	DW	BB	PP	SK	SD
Wiek		0,18	0,09	0,03	0,08	0,10	0,13
ZL	0,18		-0,36	0,54	-0,25	-0,35	0,92
DW	0,09	-0,36		-0,37	0,46	0,82	-0,41
BB	0,03	0,54	-0,37		-0,37	-0,43	0,83
PP	0,08	-0,25	0,46	-0,37		0,88	-0,34
SK	0,10	-0,35	0,82	-0,43	0,88		-0,44
SD	0,13	0,92	-0,41	0,83	-0,34	-0,44	

ZL – zaabsorbowanie lękowe, DW – duch walki, BB – beznadzieja/beznadzieja, PP – pozytywne przewartościowanie, SK – styl konstruktywny radzenia sobie z chorobą (DW + PP), SD – styl destrukcyjny radzenia sobie z chorobą (ZL + BB)

kaniem (tab. 6.). Podobne rezultaty otrzymano, porównując pacjentki DCO z uczestniczkami turnusu bez obrzęku chłonnego. (tab. 7.). Zestawienie wyników pacjentek DCO i uczestniczek turnusu z obrzękiem chłonnym wskazuje natomiast, że obecność tego powikłania powoduje istotny wzrost strategii BB u uczestniczek turnusu, $p = 0,014$ (tab. 8.).

Dyskusja

W opisywanym projekcie założono, że uczestniczki turnusu rehabilitacyjnego należą do grona osób, które w sposób świadomy i aktywny zmagają się z sytuacją stresową, jaką jest rozpoznanie i leczenie choroby nowotworowej. Regularnie uczestniczą w spotkaniach Klubu Amazonek, z których czerpią wsparcie zarówno organizacyjne (możliwość uczestnictwa w dodatkowych zabiegach rehabilitacyjnych i zajęciach rekreacyjnych), jak i emocjonalne. Ponadto po operacji istotnie zmieniły swój tryb życia, 81% badanej grupy zwiększyło swoją aktywność fizyczną w stosunku do

Tabela 5. Wartości współczynnika korelacji Pearsona badanych zmiennych wśród uczestniczek turnusu rehabilitacyjnego powyżej 5 lat od operacji (podgrupa II, $n = 18$)

Table 5. Values of Pearson correlation coefficients of variables in women 5 years after surgery participating in rehabilitation camp (subgroup II, $n = 18$)

	Wiek	Czas	ZL	DW	BB	PP	SK	SD	SWLS
Wiek		0,72	-0,18	-0,14	0,02	0,22	0,07	-0,13	0,08
Czas	0,72		-0,19	0,08	-0,03	0,20	0,17	-0,16	0,09
ZL	-0,18	-0,19		-0,42	0,17	-0,38	-0,46	0,85	-0,74
DW	-0,14	0,08	-0,42		-0,21	0,47	0,83	-0,43	0,45
BB	0,02	-0,03	0,17	-0,21		-0,16	-0,21	0,65	-0,41
PP	0,22	0,20	-0,38	0,47	-0,16		0,88	-0,37	0,71
SK	0,07	0,17	-0,46	0,83	-0,21	0,88		-0,47	0,69
SD	-0,13	-0,16	0,85	-0,43	0,65	-0,37	-0,47		-0,78
SWLS	0,08	0,09	-0,74	0,45	-0,41	0,71	0,69	-0,78	

czas – czas od operacji (w latach), ZL – zaabsorbowanie lękowe, DW – duch walki, BB – beznadzieja/beznadzieja, PP – pozytywne przewartościowanie, SK – styl konstruktywny radzenia sobie z chorobą (DW + PP), SD – styl destrukcyjny radzenia sobie z chorobą (ZL + BB), SWLS – skala satysfakcji z życia

Tabela 6. Porównanie wyników skali Mini-MAC u kobiet bez obrzęku limfatycznego ($n = 17$) i z obrzękiem ($n = 20$) wśród uczestniczek turnusu rehabilitacyjnego ($n = 37$)**Table 6.** Comparison of results of Mini-MAC scale in women without lymphedema ($n = 17$) and women with lymphedema ($n = 20$)

Zmienna	Bez obrzęku		Z obrzękiem		Test t-Studenta	
	średnia	odchylenie standardowe	średnia	odchylenie standardowe	t	p
wiek	61,67	9,32	60,11	11,42	0,454	0,652
czas	6,06	4,63	7,53	5,54	-0,873	0,388
ZL	14,67	3,24	16,32	5,52	-1,101	0,279
DW	21,89	2,61	23,84	2,67	-2,248	0,031
BB	11,67	3,07	13,58	4,56	-1,488	0,146
PP	20,89	2,91	23,16	2,69	-2,464	0,019
SK	42,78	5,15	47,00	4,77	-2,588	0,014
SD	26,33	5,03	29,89	9,26	-1,442	0,158
SWLS	17,87	3,42	19,89	5,43	-1,248	0,221

czas – czas od operacji (w latach), ZL – zaabsorbowanie lękowe, DW – duch walki, BB – bezradność/beznadzieja, PP – pozytywne przewartościowanie, SK – styl konstruktywny radzenia sobie z chorobą (DW + PP), SD – styl destrukcyjny radzenia sobie z chorobą (ZL + BB), SWLS – skala satysfakcji z życia

Tabela 7. Porównanie wyników skali Mini-MAC u pacjentek DCO ($n = 40$) oraz uczestniczek turnusu bez obrzęku limfatycznego ($n = 17$)**Table 7.** Comparison of Mini-MAC scale results in women treated in lower Silesian Oncology Centre ($n = 40$) and women participating in rehabilitation camp without lymphedema ($n = 17$)

Zmienna	DCO		Bez obrzęku		Test t-Studenta	
	średnia	odchylenie standardowe	średnia	odchylenie standardowe	t	p
wiek	56,10	10,32	61,67	9,32	1,956	0,055
ZL	15,63	4,84	14,67	3,24	0,765	0,448
DW	24,10	2,66	21,89	2,61	2,947	0,005
BB	10,88	3,41	11,67	3,07	-0,842	0,403
PP	24,13	3,18	20,89	2,91	3,678	0,001
SK	48,23	4,99	42,78	5,15	3,809	0,000
SD	26,50	7,27	26,33	5,03	0,088	0,930

ZL – zaabsorbowanie lękowe, DW – duch walki, BB – bezradność/beznadzieja, PP – pozytywne przewartościowanie, SK – styl konstruktywny radzenia sobie z chorobą (DW + PP), SD – styl destrukcyjny radzenia sobie z chorobą (ZL + BB)

Tabela 8. Porównanie wyników skali Mini-MAC u pacjentek DCO ($n = 40$) oraz uczestniczek turnusu z obrzękiem limfatycznym ($n = 20$)**Table 8.** Comparison of Mini-MAC scale results in women treated in lower Silesian Oncology Centre ($n = 40$) and women with lymphedema participating in rehabilitation camp ($n = 20$)

Zmienna	DCO		Z obrzękiem		Test t-Studenta	
	średnia	odchylenie standardowe	średnia	odchylenie standardowe	t	p
wiek	56,10	10,32	60,11	11,42	1,346	0,183
ZL	15,63	4,84	16,32	5,52	-0,490	0,626
DW	24,10	2,66	23,84	2,67	0,348	0,729
BB	10,88	3,41	13,58	4,56	-2,545	0,014
PP	24,13	3,18	23,16	2,69	1,144	0,257
SK	48,23	4,99	47,00	4,77	0,893	0,375
SD	26,50	7,27	29,89	9,26	-1,532	0,131

ZL – zaabsorbowanie lękowe, DW – duch walki, BB – bezradność/beznadzieja, PP – pozytywne przewartościowanie, SK – styl konstruktywny radzenia sobie z chorobą (DW + PP), SD – styl destrukcyjny radzenia sobie z chorobą (ZL + BB)

okresu przed operacją. Biorąc pod uwagę wymienione kwestie, można uznać ten model zachowań za pozytywny i sprzyjający powrotowi do zdrowia fizycznego i psychicznego po przebytej chorobie. Tezę tę potwierdzają wyniki skali satysfakcji z życia, które są nawet nieco wyższe niż u zdrowych kobiet w tej samej grupie wiekowej i wynoszą odpowiednio $19,0 \pm 4,7$ vs $18,4 \pm 5,3$ [5]. Uzyskane wyniki skali przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej są w pierwszej ocenie zaskakujące. Wskazują one, że u kobiet, które pomyślnie zakończyły proces leczenia onkologicznego – uczestniczki turnusu z podgrup I i II – obserwuje się podobne wartości strategii destrukcyjnych (SD, ZL, BB) co u osób badanych bezpośrednio po operacji (pacjentki DCO). U kobiet uznanych za wyleczone (uczestniczki turnusu, podgrupa II) widoczny jest istotny spadek strategii konstruktywnych (SK, DW, PP). Dalsza część niniejszego opracowania jest próbą interpretacji uzyskanych wyników dotyczących poszczególnych strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową.

Duch walki

Strategia ta wyraża mobilizację pacjenta do zmagania się z chorobą oraz aktywne podjęcie działań mających na celu jej zwalczenie [5]. W skład tej postawy wchodzi zarówno zachowania konfrontacyjne, jak i ucieczkowe. Konfrontacja z problemem polega m.in. na poszukiwaniu informacji dotyczących choroby i sposobów jej leczenia, aktywnej współpracy z lekarzami, wzorowaniu się na innych czy też poszukiwaniu wsparcia emocjonalnego. Zachowania ucieczkowe to zaprzeczanie, minimalizowanie rangi problemu lub rozmyślnie odsuwanie od siebie myśli o chorobie, nazwane przez twórców skali unikaniem poznawczym (*cognitive avoidance*) [4, 5]. Są to silne mechanizmy obronne, które pozwalają przetrwać momenty szczególnego napięcia i zmobilizować siły do walki. Zachowania takie w pierwszym etapie zmagania z chorobą mogą być również użyteczne jak strategię konfrontacyjne. Badania pokazują, że pacjentów przyjmujących postawy określane jako duch walki i unikanie charakteryzuje wyższy wskaźnik przeżycia i braku choroby po 5 i 10 latach od rozpoznania w porównaniu z osobami prezentującymi stoicką akceptację lub styl BB [8]. Dlatego też zachowania świadczące o unikaniu poznawczym zostały włączone do strategii DW [5]. Ma to swój wyraz w takich stwierdzeniach kwestionariusza Mini-MAC, jak: „Staram się nie myśleć o swojej chorobie”, „To, że nie myślę o swojej chorobie, pomaga mi”, „Rozmyślnie odsuwam od siebie myśli o nowotworze”, „Odwracam swoją uwagę, gdy nadochodzą mi myśli o chorobie”. W sumie na siedem stwierdzeń definiujących DW cztery dotyczą unikania poznawczego.

Prawdopodobnie dlatego pacjentki DCO uzyskały tak wysokie wartości DW ($24,1 \pm 2,7$). Dane te wyraźnie przewyższają wyniki prezentowane przez innych autorów prowadzących badania wśród kobiet leczonych w trybie ambulatoryjnym, gdzie DW waha się od $19,3 \pm 3,9$ do $22,8 \pm 3,8$ [5, 9]. Widać, że pacjentki DCO badane w krótkim czasie od operacji uruchomiły bardzo silne mechanizmy obronne mające na celu odwrócenie uwagi od problemu i redukcję negatywnych emocji. Z pewnością czas od momentu postawienia diagnozy aż do zakończenia leczenia szpitalnego to

z oczywistych przyczyn okres bardzo trudny emocjonalnie, gdzie napięcie psychiczne może okazać się niemal nie do zniesienia. Wtedy strategia unikania myśli o chorobie, uruchamiana świadomie lub nieświadomie, jest bardzo użyteczna w utrzymaniu względnego komfortu psychicznego.

Udowodniono jednak, że w przypadku gdy zachowania ucieczkowe trwają przewlekłe i są jedynym sposobem zaradczym w walce z chorobą, stają się przeszkodą w podjęciu aktywnej walki o własne zdrowie i życie [1–3]. Dlatego też spadek wartości w obrębie strategii DW (w skład której w dużej mierze wchodzi postawy świadczące o unikaniu poznawczym) obserwowany u uczestniczek turnusu rehabilitacyjnego należy uznać za właściwy kierunek zmian. Świadczy to o wyciszeniu mechanizmów obronnych, których zadanie polega na usuwaniu ze świadomości myśli o chorobie. W to miejsce mogą się pojawić bardziej konstruktywne postawy, umożliwiające podjęcie aktywnej walki o własne zdrowie. Mechanizm ten widać wyraźnie podczas porównania wyników dwóch podgrup wyłonionych wśród uczestniczek turnusu. W przypadku podgrupy I, w której średni czas od operacji wynosi $2,7 \pm 1,0$ roku, wartość DW nieco spada, ale nadal utrzymuje się na wysokim poziomie $23,5 \pm 3,1$ i nie różni się w sposób istotny od wyników pacjentek DCO. Okazuje się, że w grupie tej spadkowi zachowań ucieczkowych towarzyszy jednocześnie wzrost postaw konfrontacyjnych, również zaliczanych do strategii DW. W kwestionariuszu Mini-MAC mają one wyraz w takich stwierdzeniach, jak: „Jestem zdecydowana pokonać tę chorobę”, „Moja choroba mobilizuje mnie do walki”, „Próbuję walczyć z chorobą”. Deklaracje te znajdują także potwierdzenie w takich zachowaniach, jak uczestnictwo w spotkaniach Klubu Amazonki, udział w dodatkowych formach rehabilitacji (turnus rehabilitacyjny) czy zwiększenie rekreacyjnej aktywności fizycznej.

Dopiero u osób, które można uznać za wyleczone (podgrupa II), gdy średni czas od operacji wynosi $11,1 \pm 4,0$ roku, wartość DW spada w sposób istotny w stosunku do wyników uzyskanych na oddziale szpitalnym. W tym przypadku zarówno strategię ucieczkową i konfrontacyjną uległy znacznemu wyciszeniu. Zagrożenie nawrotem choroby istotnie zmalało, nie ma już potrzeby utrzymywania się w stanie ciągłej mobilizacji. Jest to zatem wyraz powrotu do normy, która przez cały okres walki z rakiem była znacznie przekroczona. Potwierdzają to także wyniki uczestniczek turnusu, u których nie stwierdza się obrzęku chłonnego – wartość DW jest w tym przypadku zdecydowanie najniższa z wszystkich badanych grup. Zatem zarówno upływający od operacji czas, jak i brak dodatkowych powikłań w postaci obrzęku limfatycznego wpływają na spadek wartości DW.

Jak widać, strategia DW to złożony konstrukt składający się z dwóch przeciwstawnych typów zachowań, które jak pokazują badania, w pierwszej fazie choroby są równie wartościowe i użyteczne, ale w dalszych etapach rekonwalescencji powinny ewoluować. Dlatego wydaje się, że w przypadku tej postawy ocena sumarycznej wartości punktowej jest niewystarczająca. Jakościowa analiza udzielanych odpowiedzi pozwala ocenić każdą z postaw (ucieczkową bądź konfrontacyjną) z osobna. Jest to ważne, gdy obserwuje się pacjentów na różnych etapach zmagania z chorobą nowotworową. Może być także wskazówką do podjęcia działań

terapeutycznych, np. gdy wyniki świadczą o zbyt długo utrzymującej się postawie unikania.

Pozytywne przewartościowanie

Strategia ta wyraża fakt, że poprzez zachorowanie unaczyniona zostaje w sposób szczególny wartość życia [5]. Uzyskane w ramach niniejszego badania wyniki wskazują, że w miarę upływu czasu nasilenie tej postawy stopniowo spada. W przypadku podgrupy I spadek ten jest nieistotny statystycznie, dopiero w podgrupie II osiąga znamienne niższe wyniki. Szczególnie wyraźne różnice dotyczą takich stwierdzeń, jak: „To (świadomość choroby) jest niszcząca uczucie” lub „Oddałam się w ręce Boga”, mniejsze spadki dotyczą deklaracji typu „Odkąd wykryto u mnie raka, zdaję sobie sprawę, jak cenne jest życie i staram się je wykorzystać” lub „Jestem wdzięczna za to, co osiągnęłam”. Widać, że w pierwszym etapie walki z rakiem badane kobiety są bardziej skłonne powierzyć swój los w ręce Boga, co dobrze uzupełnia nasiloną w tym czasie strategię ucieczkową. W kolejnych latach świadomość choroby nie jest już tak przerażająca, prawdopodobnie jest to związane ze zwiększaniem poziomu wiedzy i wzmocnieniem postawy konfrontacyjnej. Niemniej jednak, tak jak w przypadku strategii DW, w momencie gdy walkę można uznać za wygraną (podgrupa II), nasilenie tej postawy stopniowo spada, co należy traktować jako powrót do normy, a nie pogorszenie stanu emocjonalnego. Tezę tę potwierdzają także wyniki uczestniczek turnusu rehabilitacyjnego, u których nie występuje obrzęk limfatyczny, gdzie wartości PP są najniższe z wszystkich analizowanych grup.

Warto jednak podkreślić, że pomimo spadku wartości punktowej PP choroba pozostawiła pewien trwały ślad w świadomości pacjentek, który jest sednem postawy PP. Kobiety te wyraźnie dostrzegają wartość życia, starają się cieszyć każdym dniem i przeżywać go w sposób wartościowy. Takie rozumienie znaczenia choroby umożliwiła rezygnację z postawy „Dlaczego właśnie mnie się to przydarzyło?” na rzecz odczuć typu „Życie to dar, trzeba go umieć docenić i dążyć do tego, żeby czas, który pozostał, był jak najbardziej satysfakcjonujący”. Potwierdzenie tej tezy można odnaleźć w wynikach skali SWLS. Poczucie satysfakcji z życia wśród uczestniczek turnusu rośnie wraz z upływem czasu od operacji, w podgrupie I wynosi $17,9 \pm 4,0$, a w podgrupie II już $20,2 \pm 5,2$, mimo że są to kobiety średnio o 8 lat starsze. Wśród zdrowych kobiet tendencja jest odwrotna, wraz z upływem lat poziom satysfakcji z życia spada i w okresie menopauzy waha się w granicach $18,4 \pm 5,3$ [5]. W grupie osób, które można uznać za wyleczone, pomimo niskich wartości PP satysfakcja z życia jest więc większa niż u zdrowych kobiet w podobnym wieku. Jest to kolejny dowód na to, że spadek PP wraz z upływem czasu od operacji, szczególnie wtedy, gdy nie ma żadnych dodatkowych komplikacji (np. w postaci obrzęku), jest wyrazem powrotu do normy, a nie objawem pogorszenia stanu psychicznego.

Bezradność/beznadzieja

Interpretacja wyników badań w zakresie strategii tworzących tzw. destrukcyjny styl radzenia sobie z chorobą, czyli postawy BB i ZL, przysparza najwięcej trudności. W pro-

jekcie założono, że uczestniczki turnusu, szczególnie osoby uznane za wyleczone (podgrupa II), wyznaczają model, wg którego powinien przebiegać proces powrotu do zdrowia fizycznego i psychicznego po przebytej chorobie nowotworowej. Niestety, wyniki strategii BB wydają się przeczyć temu założeniu. Pomimo upływu lat poczucie bezradności pozostaje na podobnym poziomie co u kobiet bezpośrednio po operacji. Należy się zatem zastanowić, czy rzeczywiście wyniki pacjentek DCO należy uznać za zawyżone i oczekiwać ich spadku w miarę trwania procesu rekonwalescencji. Przeprowadzona analiza korelacji pomiędzy poszczególnymi strategiami wykazuje wyraźną zależność – im bardziej nasilony duch walki i pozytywne przewartościowanie, tym niższe wartości strategii BB. Jak wykazano we wcześniejszej części niniejszego rozdziału, wartości zarówno DW i PP u osób badanych na oddziale szpitalnym są bardzo wysokie. Jest to wyraz mobilizacji sił do walki z chorobą. Analogicznie zatem wartości BB na poziomie $10,9 \pm 3,4$ należy uznać za niskie. Słuszność tej tezy potwierdzają doniesienia innych autorów, którzy badali pacjentów z chorobami nowotworowymi już na etapie leczenia ambulatoryjnego. Michałowska-Wieczorek podaje średnie wartości BB, które wynoszą dla kobiet z rakiem piersi i jajnika $12,7 \pm 4,4$, a dla mężczyzn z rakiem płuca i prostaty $14,6 \pm 3,8$ [9]. Jeszcze większe wartości BB zamieszcza Jurczyński dla kobiet z nowotworem piersi $15,7 \pm 5,2$, a dla pacjentów z nowotworem żołądka nawet $21,0 \pm 4,3$ [5]. Zestawienie tych danych pokazuje, że poczucie bezradności deklarowane przez kobiety badane bezpośrednio po operacji jest rzeczywiście bardzo niskie i oczekiwanie dalszego spadku tych wartości należy uznać za nierealne. Twierdzenie to dobrze koresponduje z wynikami skali SWLS. Pomimo braku istotnych zmian BB poczucie satysfakcji z życia u uczestniczek turnusu jest wysokie i rośnie wraz z upływem czasu od operacji, nie stwierdza się wzajemnych korelacji pomiędzy BB i SWLS.

Jednocześnie warto zauważyć, że w przypadku strategii składających się na destrukcyjny styl radzenia sobie z chorobą, w przeciwieństwie do strategii konstruktywnych, uzyskane wyniki charakteryzuje duży rozrzut (wysokie wartości odchylenia standardowego). Oznacza to, że badana grupa uczestniczek turnusu rehabilitacyjnego jest znacząco zróżnicowana pod tym względem. Wydaje się, że w przypadku strategii BB obecność obrzęku limfatycznego może mieć istotne znaczenie. Doniesienia Chachaj i wsp. wskazują, że ważnym czynnikiem determinującym stan emocjonalny pacjentek po amputacji piersi jest właśnie obecność wtórnego obrzęku chłonnego. U kobiet obarczonych tym powikłaniem obserwuje się niższą jakość życia, gorsze funkcjonowanie fizyczne, emocjonalne i społeczne [10]. Wśród uczestniczek turnusu ok. połowa grupy zmaga się z obecnością obrzęku. W wypowiedziach tych kobiet, częściej niż u osób bez tego powikłania, pojawiają się takie stwierdzenia, jak: „Nie potrafię uporać się ze swoją chorobą”, „Czuję, że nie mogę nic zrobić, żeby sobie pomóc”, „Nie radzę sobie”. Są one wyrazem utraty kontroli nad sytuacją, w której pomimo podjęcia racjonalnych działań mających na celu pokonanie raka (zmiana trybu życia, zwiększenie aktywności fizycznej itp.) obrzęk nie ustępuje. Dlatego też u uczestniczek turnusu obecność obrzęku powoduje istotny wzrost poczucia bezradności wobec choroby.

Zaabsorbowanie lękowe

Strategia ta wyraża niepokój spowodowany chorobą, spstrzeżoną głównie jako zagrożenie wywołujące lęk, nad którym nie można zapanować i który sprawia, że każda zmiana jest interpretowana jako sygnał pogorszenia się stanu zdrowia [5]. Tak jak w przypadku poprzedniej postawy, nasilenie ZL nie zmienia się w czasie w sposób istotny. Rozrzut uzyskanych wyników również jest duży, waha się w granicach 7–27 punktów, co świadczy o znacznym zróżnicowaniu natężenia lęku zarówno wśród pacjentek DCO, jak i uczestniczek turnusu. Ponadto po zakończeniu leczenia onkologicznego ZL nie wykazuje związku z żadną inną strategią ocenianą kwestionariuszem Mini-MAC. Nie odnotowano także znamienych różnic wartości ZL pomiędzy grupami z obrzękiem limfatycznym i bez tego powikłania. W świetle tych faktów wydaje się, że poziom lęku jest cechą niezależną od przyjętej postawy wobec choroby, a nawet efektów leczenia. W prezentowanym projekcie średnia wartość ZL wśród pacjentek DCO wynosiła $15,6 \pm 4,8$, a u kobiet uznanych za wyleczone i dodatkowo bez obrzęku chłonnego $15,4 \pm 3,3$. Być może, co sugeruje wielu autorów, poziom lęku jest cechą osobniczą, która może predysponować do powstawania określonych chorób somatycznych, w tym także nowotworów. W przypadku chorób onkologicznych cecha ta ma także istotne znaczenie już na etapie diagnostycznym, ponieważ po pojawieniu się pierwszych objawów choroby wielu pacjentów zbyt późno zgłasza się do lekarza, co wymusza bardziej radykalne i inwazyjne sposoby leczenia.

Wiadomo natomiast, że obecność lęku – zarówno stanu, jak i cechy – istotnie obniża jakość życia i ma związek z nasileniem takich objawów, jak: zmęczenie, ból, zaburzenia łaknienia, oraz z występowaniem depresji, co w wielu przypadkach pogarsza rokowanie [1–3, 5]. W prezentowanych badaniach wysokie wartości ZL istotnie korelowały z niską satysfakcją z życia. Dlatego w programach terapeutycznych dla osób z chorobą nowotworową problem lęku powinien zajmować szczególne miejsce. Wyniki opisywanego projektu badawczego wyraźnie wskazują, że nawet w grupie kobiet, które można uznać za wyleczone, zróżnicowanie tej cechy jest bardzo duże. Są osoby, które pomimo upływu lat charakteryzują się wysokimi wartościami strategii ZL, oraz takie, które doskonale poradziły sobie z tego typu przewlekłą sytuacją stresową.

Podsumowując – podczas szpitalnego leczenia onkologicznego natężenie strategii konstruktywnych (duch walki, pozytywne przewartościowanie) osiąga bardzo wysokie wartości. Jest to wyraz uruchomienia silnych mechanizmów obronnych, których celem jest redukcja negatywnych emocji i utrzymanie względnego komfortu psychicznego. Po pomyślnie zakończonym leczeniu onkologicznym natężenie strategii konstruktywnych spada, co jest wyrazem powrotu do normy, a nie pogorszenia stanu emocjonalnego. Po zakończeniu leczenia onkologicznego nie obserwuje się znamienego spadku natężenia strategii destrukcyjnych. Wartości wyników tych strategii charakteryzuje jednak znaczny rozrzut, co oznacza duże zróżnicowanie nasilenia negatywnych emocji u poszczególnych osób. Czynnikiem wpływającym negatywnie na stan emocjonalny kobiet po mastektomii jest obecność obrzęku limfatycznego, co wią-

że się ze wzrostem wartości strategii BB. W programach terapeutycznych skierowanych do kobiet po mastektomii istotne jest zróżnicowanie form oddziaływań w zależności od poziomu odczuwanego lęku i stosowanych strategii przystosowania do choroby nowotworowej. Rodzaj oddziaływań terapeutycznych powinien także zależeć od etapu walki z chorobą.

Piśmiennictwo

1. Kuebler-Ross E. Rozmowy o śmierci i umieraniu. Media Rodzina, Poznań 1998.
2. Wirga M. Zwyciężyć chorobę. Wydawnictwo KOS. Katowice.
3. Wirsching M. Wokół raka, pacjent, rodzina, opieka medyczna. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 1994.
4. Watson M, Law M, Santos M, Greer S, Baruch J, Bliss J. The Mini-MAC: further development of the Mental Adjustment to Cancer Scale. *J Psychol Oncol* 1994; 12: 33-46.
5. Jurczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2001.
6. Diener E, Emmons RA, Larson RJ, Griffin S. The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment* 1985; 49: 71-5.
7. Pavot W, Diener E. Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment* 1993; 5: 164-72.
8. Geer S, Morris T, Pettingale K. Psychological response to breast cancer diagnosis: effect on outcome. *Lancet* 1979; 785-7.
9. Michałowska-Wieczorek I. Rola wsparcia w zmaganiu się z chorobą nowotworową. *Psychoonkologia* 2006; 10: 51-6.
10. Chachaj A, Małyszczak K, Lukas J, Pyszel K, Pudełko M, Tarkowski R, Andrzejak R, Szuba A. Jakość życia kobiet z obrzękiem limfatycznym kończyny górnej po leczeniu raka piersi. *Współczesna Onkol* 2007; 11: 444-8.

Adres do korespondencji

Iwona Malicka

Katedra Fizjoterapii w Medycynie Zachowawczej i Zabiegowej
Wydział Fizjoterapii AWF Wrocław – Budynek P4
al. Paderewskiego 35
51-612 Wrocław
tel. +48 71 347 35 19
faks +48 71 347 30 81
e-mail: iwona.malicka@awf.wroc.pl