

Renata B. Stępień

Zakład Onkologii, Terapii i Opieki Paliatywnej Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Świętokrzyska w Kielcach

Uwarunkowania społeczno-demograficzne poziomu lęku i depresji u kobiet po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka piersi – mastektomii

Socio-demographic determinants of anxiety and depression levels of women after radical surgical treatment for breast cancer – mastectomy

Adres do korespondencji:

dr med. Renata B. Stępień
Zakład Onkologii, Terapii
i Opieki Paliatywnej — Instytutu
Pielęgniarstwa i Położnictwa
Aleja IX Wieków Kielc 19,
25–317 Kielce
tel. 501 20 88 34

STRESZCZENIE

Wstęp. Przedstawiono uwarunkowania społeczno-demograficzne poziomu lęku i depresji u kobiet po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka piersi – mastektomii.

Cel pracy. Celem badań była ocena poziomu lęku i depresji u kobiet po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka piersi w kontekście wybranych zmiennych socjodemograficznych, takich jak: wiek, wykształcenie, stan cywilny, aktywność zawodowa i miejsce zamieszkania.

Materiał i metody. Grupę badaną stanowiło 217 pacjentek po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka piersi, a grupę kontrolną – 100 kobiet zdrowych. Do badań wykorzystano skalę *The Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) w opracowaniu Zigmonda i Snaitha.

Wyniki. W grupie badanej średnia wartość lęku wyniosła 9,58 punktu, w grupie kontrolnej 7,36 ($p < 0,001$; $z = -4,330$). Poziom depresji w grupie kobiet po mastektomii wynosił średnio 6,03 punktu, a w grupie kontrolnej – 4,95 ($p = 0,058$; $z = -1,894$). Poziom lęku właściwy dla choroby prezentowało 38,2% ($n = 83$) pacjentek, a depresji – 11,5% ($n = 25$). Młodsze chore (< 50 rż.) charakteryzował niższy poziom lęku ($p < 0,05$; $\chi^2 = 6,982$).

Wnioski.

1. Rak sutka i związane z nim okaleczające leczenie chirurgiczne oddziałują negatywnie na stan emocjonalny chorych, powodując istotny wzrost poziomu lęku.
2. Starszy wiek (≥ 50 lat) był istotnym predyktorem wyższego poziomu lęku u kobiet po mastektomii.

Słowa kluczowe: mastektomia, lęk, depresja, czynniki społeczno-demograficzne.

ABSTRACT

Introduction. Socio-demographic determinants of level anxiety and depression of women after radical surgical treatment for breast cancer – mastectomy.

Aim. The aim of the research was the assessment of anxiety and depression level in women after radical surgical treatment for breast cancer taking into consideration the impact of socio-demographic factors such as: age, education, marital status, professional activity and place of living.

Material and methods. The tested group ($n = 217$) consisted of patients after radical surgical treatment for breast cancer. The control group consisted of 100 healthy women. The anxiety and depression levels were assessed with Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) by Zigmond i Snaith.

Results. The level of anxiety in the patients was 9.58 point, and in the control group – 7.36 ($p < 0.001$; $z = -4.330$). The level of depression of the tested group was 6.03 point, and in the control group – 4.95 ($p = 0.058$; $z = -1.894$). A pathological level of anxiety was observed in 38,2 % ($n = 83$) patients after

mastectomy, and depression in 11.5% ($n = 95$). Younger patients (under 50) had much lower level of anxiety ($p < 0.05$; $\chi^2 = 6.982$).

Conclusions.

1. Breast cancer and its mutilating surgical treatment negatively affect the emotional condition of the patients, causing significant increase of anxiety.
2. The age (above 50) turned out to be significant predictor of higher anxiety level.

Key words: mastectomy, anxiety, depression, socio-demographic factors

Wstęp

Reakcje psychiczne wywołane pojawieniem się choroby nowotworowej obejmują sferę poznawczą, behawioralną i uczuciową [1, 2].

Do najczęściej wymienianych problemów natury emocjonalnej pacjentek z rakiem piersi należy zaliczyć: przygnębienie, żal, złość, gniew, poczucie małowartościowości, winy, a przede wszystkim obecność lęku i depresji. Za podstawowe źródło wyżej wymienionych reakcji uczuciowych uznaje się stres związany z rozpoznaniem choroby, niepewnością rokowania oraz dolegliwości fizyczne towarzyszące chorobie i leczeniu. Brak wsparcia i więzi z rodziną, jak również niedostateczny kontakt i złe stosunki z personelem medycznym tworzą kolejną grupę przyczyn. Istotne okazują się również cechy osobowości chorej oraz przeżywane przez nią zaburzenia psychiczne lub nerwicowe w przeszłości. Wystąpieniu repulsywnych emocji sprzyjają ponadto inne trudne wydarzenia życiowe współistniejące z chorobą, jak również zaburzenia metaboliczne, hiperkalcemia oraz działania niepożądane niektórych leków [2–5].

Cel pracy

Celem prezentowanych badań była ocena poziomu lęku i depresji u kobiet po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka piersi — mastektomii — w kontekście wybranych zmiennych socjodemograficznych, takich jak: wiek, wykształcenie, stan cywilny, aktywność zawodowa i miejsce zamieszkania.

Material i metody

Grupę badaną tworzyły chore po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka piersi zarejestrowane w Poradni Chirurgicznej Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach. Badaniem objęto 265 pacjentek. Do analizy statystycznej wykorzystano prawidłowo wypełnione kwestionariusze pochodzące od 217 kobiet, co stanowiło 81,9% ogółu badanych. Średnia wieku w grupie badanej wyniosła 55,2 roku.

Grupę kontrolną dla grupy badanej stanowiło 100 kobiet zdrowych. Tworzyły ją studentki kierunku

Pielęgniarstwa na Wydziale Nauk o Zdrowiu Akademii Świętokrzyskiej w Kielcach oraz członkinie ich rodzin. Średnia wieku kobiet zdrowych wynosiła 56,9 roku.

Badania zrealizowano, wykorzystując metody sondażu diagnostycznego techniką badań ankietowych. Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety.

Do badań wykorzystano standaryzowane narzędzie badawcze — *The Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) w opracowaniu Zigmonda i Snaitha. Skala ta służy do przesiewowego badania stanu lęku i depresji u pacjentów hospitalizowanych. W pracy zastosowano skalę w adaptacji Majkowicza, de Walden-Gałuszko, Chojnackiej-Szawłowskiej i Magiery [6].

Skala HADS składa się z dwóch niezależnych podskal mierzących poziom lęku i depresji. Dla tych podskal wyodrębniono następujące kategorie: 0–7 pkt — normalny poziom lęku czy depresji, 8–10 pkt — poziom graniczny, a 11–21 pkt — poziom wysoki, właściwy dla choroby [6, 7].

Wyniki

Grupę badaną stanowiło 217 pacjentek po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka piersi — mastektomii. Granice wiekowe w grupie kobiet po amputacji piersi to 28–81 lat, średnia — 55,2 roku, mediana — 55, odchylenie standardowe — 10,3. Grupę kontrolną stanowiło 100 kobiet zdrowych w wieku 39–74 lat. Średnia wieku wynosiła 56,9 roku, mediana — 57, odchylenie standardowe — 8,17. Szczegółową charakterystykę socjodemograficzną grup badawczych przedstawiono w tabeli 1.

W grupie badanej średnia wartość lęku wynosiła 9,58, odchylenie standardowe — 4,58, (min. 1, maks. 21). Wśród kobiet po mastektomii normalny poziom lęku występował u 34,6% (75 osób), poziom graniczny u 27,2% (59 osób), a właściwy dla choroby — u 38,2% (83 osoby).

W grupie kontrolnej średni wynik lęku w skali HADS wyniósł 7,36, odchylenie standardowe — 3,12 (min. 0, maks. 16). U 55% kobiet zdrowych występował normalny poziom lęku, u 30% — graniczny, a u 15% — typowy dla choroby. Na rycinie 1 przedstawiono procentowy rozkład poziomu lęku w grupie kobiet po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka piersi oraz w grupie kon-

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy chorych po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka piersi oraz grupy kontrolnej kobiet zdrowych pod względem cech socjodemograficznych
Table 1. Sociodemographic characteristics of patients after radical surgical treatment of breast cancer and healthy controls

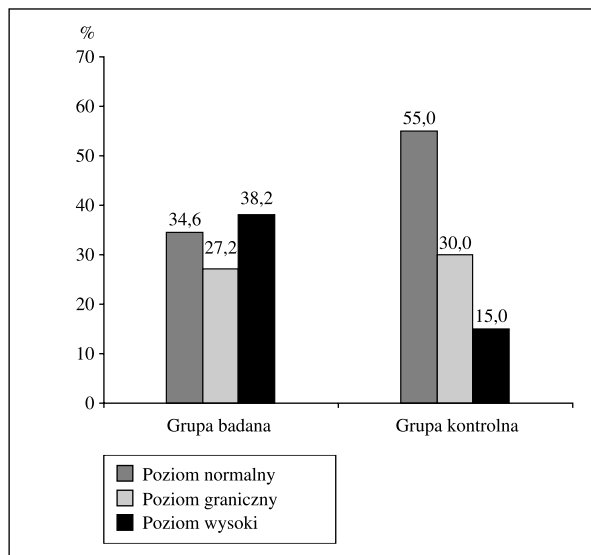
Cecha	Grupa badana		Grupa kontrolna	
	n	%	n	%
Wiek				
< 50 rż.	67	30,9	26	26,0
≥ 50 rż.	150	69,1	74	74,0
Wykształcenie				
Podstawowe	20	9,2	11	11
Zawodowe	34	15,7	20	20
Średnie	119	54,8	52	52
Wyższe	44	20,3	17	17
Stan cywilny				
Panna	7	3,2	9	9
Mężatka	158	72,8	64	64
Wdowa	32	14,7	17	17
Rozwiedziona	20	9,2	10	10
Status zawodowy				
Praca fizyczna	21	9,7	34	34
Praca umysłowa	40	18,4	22	22
Zasilek	60	27,6	28	28
Renta	75	34,6	7	7
Emerytura	21	9,7	9	9
Miejsce zamieszkania				
Wieś	53	24,4	28	28
Małe miasto (do 100 tys. mieszkańców)	76	35,0	31	31
Duże miasto (> 100 tys. mieszkańców)	88	40,6	41	41

kontrolnej. W analizie rozkładu wyników lęku w skali HADS za pomocą testu U Manna-Whitneya w obu grupach wykazano, że poziom lęku był istotnie wyższy w grupie pacjentek po mastektomii w porównaniu z grupą kobiet zdrowych, przy $p < 0,001$ ($z = -4,330$).

Zakres ocen depresji w grupie kobiet po mastektomii zawierał się w przedziale 0–20, wartość średnia wyniosła 6,03, odchylenie standardowe — 4,13. Właściwe natężenie depresji dla osób zdrowych występowało u 61,8% (134 osoby), na poziomie granicznym u 26,7% (58 osób), a typowym dla choroby — u 11,5% (25 osób). W grupie kontrolnej wartości depresji zawierały się w przedziale 0–13, średnia wartość wyniosła 4,95, odchylenie standardowe — 2,76. Wśród kobiet zdrowych normalny poziom depresji stwierdzono u 81%, poziom graniczny towarzyszył 18%, a podwyższony — 1% badanych. Na rycinie 2 przedstawiono procentowy rozkład

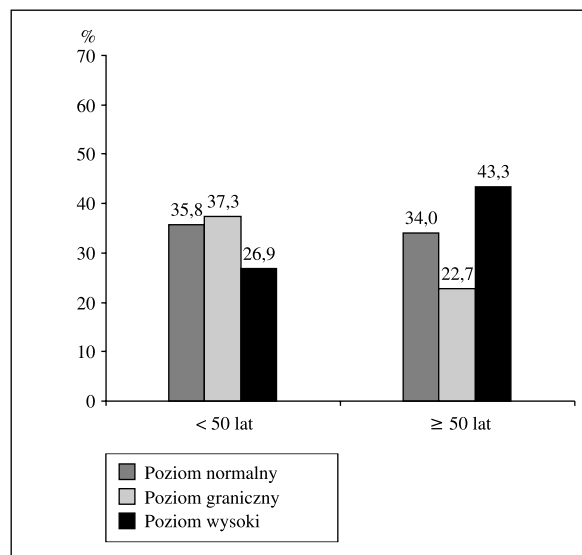
poziomu depresji w grupie kobiet po mastektomii oraz w grupie kontrolnej. Porównując wyniki w zakresie nasilenia depresji skalą HADS w grupie kobiet po mastektomii i grupie kontrolnej, wykazano występowanie różnicy na granicy istotności statystycznej, przy $p = 0,058$ ($z = -1,894$).

Następnie w otrzymanym materiale badawczym, pochodzącym z grupy kobiet po mastektomii oraz z grupy kobiet zdrowych, testowano nasilenie lęku i depresji w zależności od wybranych zmiennych socjodemograficznych (tab. 1). W grupie kobiet po mastektomii zanotowano brak występowania istotnych zależności między lękiem a wykształceniem, lękiem a stanem cywilnym, lękiem a aktywnością zawodową oraz lękiem a miejscem zamieszkania. Statystycznie istotna zależność wystąpiła pomiędzy poziomem lęku a wiekiem ($\chi^2 = 6,982$, $p < 0,05$). Pacjentki starsze charakteryzował wyższy



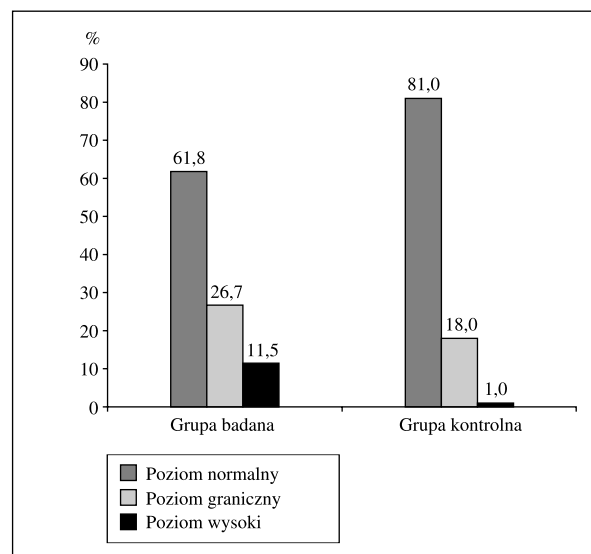
Rycina 1. Rozkład procentowy poziomu lęku w grupie kobiet po radykalnym chirurgicznym leczeniu raka piersi oraz w grupie kontrolnej

Figure 1. The percentage of the level of anxiety in patients after radical surgical treatment of breast cancer and healthy controls



Rycina 3. Rozkład poziomu lęku w grupie badanej w zależności od wieku

Figure 3. The level of anxiety in dependence of age



Rycina 2. Rozkład procentowy poziomu depresji w grupie kobiet po radykalnym chirurgicznym leczeniu raka piersi oraz w grupie kontrolnej

Figure 2. The percentage of the level of depression in patients after radical surgical treatment of breast cancer and healthy controls

poziom przeżywanego lęku niż młodsze. Różnice między badanymi zmiennymi przedstawiono na rycinie 3. W grupie wiekowej do 50 roku życia oraz w grupie kobiet mających 50 lat i więcej normalny poziom lęku występował w porównywalnych odsetkach u badanych

(35,8% w grupie < 50 rż., 34% w grupie ≥ 50 lat). Natomiast poziom lęku typowy dla choroby występował w grupie młodszych pacjentek u 26,9%, natomiast w starszej grupie wiekowej dotyczył 43,3% badanych.

W grupie kontrolnej nie występowały istotne zależności pomiędzy lękiem a wybranymi zmiennymi niezależnymi, takimi jak: wiek, wykształcenie, stan cywilny, status zawodowy i miejsce zamieszkania.

Analizując związek nasilenia depresji za pomocą skali HADS, zarówno w grupie badanej, jak i kontrolnej, a wymienionymi powyżej zmiennymi niezależnymi nie stwierdzono zależności istotnych statystycznie.

Dyskusja

Przegląd dotychczasowych badań wskazuje na występowanie zaburzeń psychicznych u około 30–50% chorych na nowotwory. Wśród nich jako dominujące objawy podaje się lęk i depresję [8–14]. W badaniach własnych natężenie lęku znacznie silniej wyrażały kobiety po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka sutka niż zdrowe ($p < 0,001$), natomiast różnica w zakresie depresji była obecna na granicy poziomu istotności statystycznej ($p = 0,058$). Wysoki poziom lęku, właściwy dla choroby, występował w grupie badanej u 38,2%, natomiast w grupie kontrolnej u 15%. Dla zaburzeń depresyjnych proporcje te wynosiły odpowiednio 11,5% i 1%. Wyniki badań autorki artykułu okazały się zbieżne z wynikami innych autorów. De Walden-Gałuszko [6]

w zbliżonej analizie porównawczej wykazała, że lęk był wyraźnie większy w grupie kobiet z rakiem piersi niż w grupie osób zdrowych. Podobnie w badaniach Majkowicza i wsp. [15] oraz Wrońskiej i wsp. [16] udokumentowano występujące niekorzystne różnice w natężeniu lęku i depresji w grupie pacjentów onkologicznych, w tym z nowotworem sutka a osobami zdrowymi.

Jednym z częściej wymienianych determinantów reakcji emocjonalnych na chorobę nowotworową piersi jest wiek chorej. W analizach własnych, obejmujących ocenę poziomu lęku w zależności od wieku badanych stwierdzono, że starsze pacjentki (≥ 50 lat) charakteryzował znamienne wyższy poziom lęku ($p < 0,05$) w odniesieniu do młodszych chorych (< 50 lat). Tendencje do silniejszego reagowania lękiem i przygnębieniem u starszych pacjentek z rakiem piersi zaobserwowali Majkowicz i wsp. [17], a fakt ten wiązali głównie z pogorszeniem się wraz z wiekiem zdolności przystosowawczych. Można to tłumaczyć, opierając się na Willits [18], że kobiety starsze bywają samotne, więcej w nich lęku, niepewności oraz bardziej przeżywają fakt napiętnowania chorobą. W licznych publikacjach stwierdza się jednak, że to młodsze pacjentki cechuje wyższy poziom emocjonalnego stresu. W znacznej mierze diagnoza raka piersi w młodszym wieku wywiera destrukcyjny wpływ na pełnione przez kobietę role rodzinne, zawodowe, społeczne oraz sferę materialną i możliwości funkcjonowania w codziennym życiu [2, 14, 19, 20]. Mor i wsp. [21] wykazali, że młodsze kobiety chore na raka piersi odczuwały zarówno w pierwszym roku po diagnozie nowotworu, jak i w kolejnych 5 latach wyższy poziom stresu emocjonalnego, niż starsze wiekiem pacjentki o podobnym stopniu zaawansowania i rokowaniu, co powodowane było występującym w tej grupie większym lękiem przed wznową procesu nowotworowego, a także obecnością współistniejących potrzeb związanych z pełnioną przez te kobiety rolą głównego opiekuna w rodzinie. Z drugiej strony młode kobiety mają więcej sił witalnych, większy dostęp do zasobów wsparcia społecznego, częściej otaczają je bliscy ludzie, są odważniejsze i racjonalniej traktują życie, a także mają większe szanse na wyleczenie niż starsze chore [2, 19, 21].

Lęk, mimo że jest odczuwany jako przykry stan pobudzenia emocjonalnego, wypełnia funkcje pozytywne. Pełniąc rolę sygnału ostrzegawczego przed niebezpieczeństwem, pobudza do działań obronnych i prozdrowotnych. Natomiast przez funkcję motywacyjno-regulacyjną, stając się źródłem aktywności i energii, skłania do podejmowania i kontynuowania leczenia. Należy jednak pamiętać, że zbyt wysoki poziom repulsywnych emocji staje się czynnikiem paraliżującym, wywołującym fobię, depresję bądź prowadzącym do działań destrukcyjnych [2, 5].

Monitorowanie stanu emocjonalnego pacjentek z rakiem piersi staje się zatem ważnym elementem diagnozy pielęgniarskiej.

Wnioski

1. Rak piersi i związane z nim okaleczające leczenie chirurgiczne oddziałują negatywnie na stan emocjonalny chorych, powodując istotny wzrost poziomu lęku. Wyznacza to konieczność podjęcia działań wspierających proces adaptacji pacjentek do choroby podczas realizacji procesu pielęgnowania. Celem ich powinna być pomoc pacjentkom w radzeniu sobie z problemami, jakie wiążą się z rakiem piersi i jego terapią, oraz ze zmianami stylu życia będącymi skutkiem tej choroby.
2. Starszy wiek (≥ 50 lat) był istotnym predyktorem wyższego poziomu lęku u kobiet po mastektomii. Grupa starszych pacjentek wymaga zatem szczególnie wnikliwej oceny sprawności działania mechanizmów przystosowawczych do choroby oraz monitorowania występowania reakcji dezadaptacyjnych.

Piśmiennictwo

1. Bishop G.D. Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2000: 456–464.
2. de Walden-Gałuszko K. Psychospołeczne aspekty raka sutka. W: Jassem J. (red.). Rak sutka. Springer PWN, Warszawa 1998: 377–391.
3. Holmberg J., Omne-Pontén M., Burns T., Adami H., Bergström R. Psychosocial adjustment after mastectomy and breast-conserving treatment. *Cancer* 1989; 64: 969–974.
4. Irvine D., Crooks D., Browne G. Psychosocial adjustment in women with breast cancer. *Cancer* 1992; 67: 1097–1117.
5. Kopczyńska-Tyszkó A. Reakcje emocjonalne chorujących na nowotwór. W: Kubacka-Jasiecka D., Łosiak W. (red.). Zmagając się z chorobą nowotworową. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999: 125–141.
6. de Walden-Gałuszko K., Majkowicz M., Szawlowska-Chojnacka G., Magiera P. Jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową — badania własne. W: de Walden-Gałuszko K., Majkowicz M. (red.). Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994: 89–164.
7. Majkowicz M., Chojnacka-Szawlowska G. Metodologiczne problemy badania jakości życia. W: de Walden-Gałuszko K., Majkowicz M. (red.). Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994; 65: 84–147.
8. Kózka M., Grzegorzewska S., Reczek A. Adaptacja kobiet po usunięciu gruczołu piersiowego. *Probl. Pielęg.* 2003; 1–2, 34–39.
9. Kubacka-Jasiecka D. Problematyka lęku i zmagania się z lękiem w chorobie nowotworowej. W: Kubacka-Jasiecka D., Łosiak W. (red.). Zmagając się z chorobą nowotworową. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999: 143–179.
10. Lovestone S., Fahy Th. Psychosocial factors in breast cancer. *Br. Med. J.* 1991; 302: 1219–1220.
11. Maraste R., Brandt L., Olsson H., Ryde-Brandt B. Anxiety and depression in breast cancer patients at start of adjuvant radiotherapy. *Acta. Oncol.* 1992; 31 (6): 641–643.
12. Stępień R., Wiraszka G. Stan emocjonalny chorych po radykalnym leczeniu chirurgicznym nowotworów złośliwych. *Probl. Pielęg.* 2003; 1–2: 78–84.

13. Trzebiatowska I. Depresja w chorobie nowotworowej. *Psychoonkologia* 2002; 6, 2: 27–30.
14. Weitzner M.A. Funkcjonowanie psychospołeczne i jakość życia chorych na nowotwory gruczołu piersiowego. W: Meyza J. (red.). *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Centrum Onkologii Instytutu Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 1997: 225–247.
15. Majkowitz M., Afeltowicz Z., Dębska-Ślizień A., Lichodziejewska-Niemierko M., Rutkowski B. Jakość życia chorych hemodializowanych, dializowanych otrzewnowo oraz pacjentów onkologicznych. *Psychoonkologia* 1999; 4: 53–63.
16. Wrońska I., Stępień R., Kulik T. The Quality of Women's life after mastectomy in Poland. *Health Care Women Int.* 2003; 24: 900–909.
17. Majkowitz M., de Walden-Gałuszko K., Trzebiatowska I., Kopacz A., Domaradzka-Woźniak A. Ocena jakości życia u kobiet z nowotworem gruczołu piersiowego w różnych stadiach choroby. *Nowotwory* 1994; (supl. 2): 44, 88–91.
18. Willits M.J. Reach to recovery in breast cancer. *Cancer* 1994; 74: 2172–2176.
19. Mor V., Malin M., Allen S. Age differences in the psychosocial problems encountered by breast cancer patients. *J. Nat. Cancer Inst. Monographs.* 1994; 15: 191–196.
20. Williams T.R., O'Sullivan M., Snodgrass S.E., Love N.L. Psychospołeczne problemy chorych na raka piersi. *Med. Dypl.* 1997; 5 (6): 109–115.
21. Mor V., Malin M., Allen S. Age differences in the psychosocial problems encountered by breast cancer patients. *J. Nat. Cancer Inst. Monographs.* 1994; 15: 191–196.