

**Cel pracy:** Ocena nastroju oraz identyfikacja wzorców radzenia sobie z chorobą kobiet leczonych operacyjnie z powodu raka piersi lub nowotworów narządu rodnych.

**Materiał i metody:** Grupę badaną stanowiło 40 pacjentek Dolnośląskiego Centrum Onkologicznego we Wrocławiu w średnim wieku  $56,1 \pm 10,2$  roku. Ze względu na typ operacji pacjentki podzielono na dwie podgrupy: grupę I stanowiły pacjentki leczone z powodu nowotworu piersi (grupa NP), II – pacjentki po operacyjnym usunięciu nowotworu w obrębie narządów rodnych (grupa NNR). Pacjentki badano za pomocą *Inwentarza depresji Becka* (BDI) oraz skali przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej Mini-MAC.

**Wyniki:** Ponad połowa pacjentek (55%) po operacji w obrębie narządów rodnych oraz 25% kobiet po mastektomii wykazuje objawy obniżonego nastroju (BDI > 11). Objawy depresji w grupie NNR korelują z takimi składowymi skalami Mini-MAC, jak zaabsorbowanie lękowe (ZL), bezradność–beznadzieja (B/B), oraz destrukcyjny styl radzenia sobie z chorobą. W grupie NP obserwowane związki są obustronne. Wysokie wyniki BDI, świadczące o nasileniu objawów depresyjnych, wykazują istotny związek z wysokimi wskaźnikami ZL, B/B oraz stylem destrukcyjnym (tak jak w NNR), a niska punktacja w BDI koreluje wyrażnie z takimi parametrami stanu psychicznego, jak duch walki, pozytywne przewartościowanie i konstruktywny styl radzenia sobie z chorobą.

**Wnioski:** Różnice obserwowane pomiędzy porównywanymi grupami mogą mieć związek z wysokim poziomem wsparcia społecznego w przypadku kobiet operowanych z powodu raka piersi, czego nie obserwuje się w przypadku pacjentek po operacjach ginekologicznych.

**Słowa kluczowe:** onkologia, depresja, przystosowanie psychiczne do choroby.

## Zaburzenia nastroju i strategie przystosowania do choroby u kobiet leczonych operacyjnie z powodu nowotworu piersi i narządów rodnych

Iwona Malicka<sup>1</sup>, Joanna Szczepańska<sup>1</sup>, Karolina Anioł<sup>1</sup>,  
Joanna Rymaszewska<sup>1,2</sup>, Marek Woźniewski<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Katedra Fizjoterapii w Medycynie Zachowawczej i Zabiegowej, Wydział Fizjoterapii, Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu

<sup>2</sup>Pracownia Psychiatrii Konsultacyjnej i Medycyny Behawioralnej, Katedra i Klinika Psychiatrii, Akademia Medyczna we Wrocławiu

### Wstęp

Choroby nowotworowe stanowią drugą po chorobach układu krążenia przyczynę niepełnosprawności na świecie [1]. Wśród kobiet najczęstszym nowotworem jest rak piersi (ok. 17% zachorowań), na następnych miejscach są rak szyjki macicy (9%), rak jajnika (6%) i trzonu macicy (6%). Mimo że odsetek wyliczeń rośnie, nowotwór wciąż utożsamiany jest z chorobą ciężką i nieuleczalną. Rozpoznanie nowotworu złośliwego oraz jego leczenie stanowią poważny stres i mogą prowadzić do zmian w psychice chorych (w tym reakcji lękowych i depresyjnych). Jednym z najczęściej występujących zaburzeń psychicznych w onkologii jest depresja [2, 3]. Jej nasilenie zależy od wielu czynników, wśród nich wymienia się epizody depresyjne, które wystąpiły w przeszłości, obciążenie rodzinne zaburzeniami psychicznymi, wiek < 50 lat, ból, zaawansowane stadium choroby, niski status społeczno-ekonomiczny, brak wsparcia ze strony rodziny lub partnera, przyjmowanie niektórych leków stosowanych w leczeniu choroby nowotworowej [3]. Jednym z czynników rozwoju zaburzeń depresyjnych jest także płeć; u kobiet stwierdza się 1,5 raza wyższe ryzyko ich wystąpienia niż u mężczyzn [4]. Ponadto skutki operacji, na których koncentruje się niniejsza praca, w postaci zewnętrznego lub wewnętrznego okaleczenia generują dodatkowe, specyficzne problemy emocjonalne. W przypadku raka piersi nadal standardową metodą leczenia chirurgicznego pozostaje radykalna amputacja. Następstwa emocjonalne po tego typu operacjach określa się mianem *kompleksu połowy kobiety* (*half women complex*). Przejawia się on m.in. zmniejszonym poczuciem własnej wartości, brakiem akceptacji swojego ciała, lękiem o utratę kobiecości, atrakcyjności seksualnej i relacje z partnerem [5, 6]. W przypadku nowotworów narządu rodnych często konieczne jest przeprowadzenie zabiegu radykalnego (usunięcie macicy wraz z przydatkami i węzłami chłonnymi). Operacje tego typu kobiety traktują jako formę okaleczenia wewnętrznego. Rany, choć zewnętrznie niewidoczne, mogą zaburzać wizerunek własnego ciała, poczucie własnej wartości, a nawet szacunek do siebie. Powodują także lęk o utratę kobiecości, a także o możliwość współżycia seksualnego i relacje z partnerem [7, 8].

W zależności od indywidualnych cech osobowości i wykształconych wcześniej mechanizmów radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych, każdy człowiek reaguje w odmienny sposób na rozpoznanie choroby nowotworowej. Reakcje te zmieniają się w czasie w zależności od etapu leczenia, uciążliwości terapii czy dalszego rokowania. Można wyróżnić dwie skrajne postawy, które ostatecznie przyjmują pacjenci w zetknięciu z tak trudnym problemem. Postawa aktywna charakteryzuje się mobilizacją i podjęciem walki o własne zdrowie i życie. W obrębie tej postawy charakterystyczne są następujące style zachowań:

**Aim of the study:** The evaluation of mood and identification of the patterns of dealing with a disease in women surgically treated for breast cancer or tumour of female reproductive organ.

**Material and methods:** 40 female patients of Dolnośląskie Centrum Onkologiczne in Wrocław, average age  $56.1 \pm 10.2$ . Due to surgery type, the female patients were divided into two subgroups: subgroup I – female patients treated for breast cancer (BC), subgroup II – female patients after surgical removal of tumour of female reproductive organ (TFRO). The Beck Depression Inventory (BDI) and Mini-Mental Adjustment to Cancer scale (mini-MAC).

**Results:** 55% of female patients after the surgery within reproductive organs and 25% of women after mastectomy show symptoms of the depressed mood ( $BDI > 11$ ). The symptoms of depression in TFRO group correlate with such factors of Mini-MAC scale as anxious preoccupation (AP), helpless-hopelessness (HH), and destructive way of coping with the disease, whereas in BC group the relations are mutual. The high results of BDI, proving the intensification of depression symptoms, show significant relation to high indices of AP, HH and fatalism (as in TFRO), and low scoring BDI is correlating explicitly with such parameters of psychological condition as fighting spirit, positive appraisal and constructive way of coping with a disease.

**Conclusions:** The differences observed between compared study groups may be connected with the high level of social support in the case of women surgically treated for breast cancer, which is missing in the case of female patients after gynaecological surgeries.

**Key words:** oncology, depression, adjustment to cancer.

- pozytywne przewartościowanie (traktowanie choroby nie jako nieszczęścia, ale jako sygnału do wprowadzenia zmian we własnym życiu),
- duch walki (koncentracja na problemie poprzez zdecydowane, racjonalne działania, mające prowadzić do wyleczenia, aktywna współpraca z lekarzem i wzięcie odpowiedzialności za własne zdrowie, poszukiwanie wsparcia społecznego i wzorowanie się na innych, którzy pokonali chorobę).

W postawie pasywnej dominują takie zachowania, jak:

- rezygnacja (pogodzenie się z losem i utrata nadziei na powodzenie terapii),
- zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia (wszystko jest w rękach lekarzy, Boga itp.),
- traktowanie choroby jako niesprawiedliwej kary,
- obwinianie się poprzez autoagresję, wypieranie i tłumienie emocji.

Przyjęta ostatecznie postawa wobec choroby zasadniczo wpływa na jakość życia pacjenta, ale także, jak dowodzą badania, może decydować o długoterminowych efektach leczenia [9].

Celem pracy była ocena nastroju oraz identyfikacja wzorców radzenia sobie z chorobą kobiet po leczeniu raka piersi i nowotworów narządów rodnych.

W dalszej kolejności za cel pracy uznano odpowiedź na pytanie, czy rodzaj operacji, a co za tym idzie, rodzaj fizycznego okaleczenia (zewnętrzne lub wewnętrzne) ma związek z obecnością i nasileniem zaburzeń nastroju oraz z prezentowanymi strategiami radzenia sobie z chorobą nowotworową. Przyjęto, że identyfikacja ewentualnych różnic pomiędzy badanymi grupami przyczyni się do lepszego poznania czynników związanych z przyjęciem określonej strategii wobec choroby. Wiedza tego typu może być użyteczna do opracowywania programów wsparcia psychologicznego w poszczególnych jednostkach chorobowych.

## Materiał i metody

Badaniami objęto grupę 40 pacjentek Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu, w której średnia wieku wyniosła  $56,1 \pm 10,2$  roku. Ze względu na typ operacji pacjentki podzielono na dwie grupy. Grupę I ( $n = 20$ ) stanowiły pacjentki po operacyjnym leczeniu raka piersi (NP) w średnim wieku  $56 \pm 9,1$  roku, u których wykonano 14 operacji radykalnych i 6 oszczędzających. Grupę II ( $n = 20$ ) stanowiły pacjentki po operacyjnym usunięciu nowotworu w obrębie narządów rodnych (NNR) w średnim wieku  $56,3 \pm 11,7$  roku. Wśród badanych kobiet u 8 stwierdzono raka jajnika (w tym u 1 obustronnego), u 6 raka trzonu macicy, u 4 raka szyjki macicy, u 1 raka trzonu i szyjki macicy oraz u 1 nowotwór jajowodu z przerzutami.

Badania przeprowadzono pomiędzy 1. a 7. dobą po operacji. Wszystkie pacjentki wyraziły na nie zgodę, odpowiadały na pytania odczytywane przez badacza. Wszystkie badania przeprowadziła ta sama osoba. Kwestionariusz badawczy składał się z trzech części:

1. Ankieta zawierająca podstawowe dane osobowe oraz medyczne.

2. *Inwentarz depresji Becka (Beck Depression Inventory – BDI)* [10]. Jest to skala kliniczna służąca do samooceny nastroju. Inwentarz składa się z 21 pytań opisujących za pomocą 4 twierdzeń symptomy depresji (emocjonalne, poznawcze, motywacyjne i fizyczne). Uznaje się, że w polskiej populacji wynik powyżej 11 pkt sugeruje występowanie depresji i jest wskazaniem do konsultacji psychiatrycznej w celu weryfikacji rozpoznania [11].

3. Skala przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej *Mini-MAC (Mental Adjustment to Cancer Scale)*. Skala ocenia następujące strategie:

- zaabsorbowanie lękowe (ZL) – wyraża lęk związany z chorobą, nad którym nie można zapanować, na skutek czego każda zmiana interpretowana jest jako sygnał pogorszenia stanu zdrowia,
- duch walki (DW) – strategia, w ramach której pacjent przyjmuje postawę aktywną, podejmuje działania mające doprowadzić do zwalczenia choroby,
- bezradność–beznadzieja (B/B) – bierne poddanie się chorobie, brak nadziei na poprawę sytuacji,

- pozytywne przewartościowanie (PP) – traktowanie choroby nie jako nieszczęścia (przy pełnej świadomości zagrożenia, jakie ze sobą niesie), ale jako sygnał do wprowadzenia zmian we własnym życiu, a także odnalezienia satysfakcji z już przeżytych lat.

Tłumaczenie i adaptację skali do polskich warunków przeprowadził Z. Jurczyński [12].

Analizę statystyczną wykonano przy użyciu pakietu Statistica (wersja 8). Normalność rozkładu zmiennych określono za pomocą testu Shapiro-Wilka, badane podgrupy (grupa I NP vs grupa II NNR) porównywano przy użyciu nieparametrycznego testu U Manna-Whitneya, wzajemne korelacje poszczególnych zmiennych oceniano testem Spearmana.

## Wyniki

Wstępna ocena uzyskanych wyników wskazała, że grupy NP i NNR nie różnią się pod względem wieku ( $p = 0,9$ ), co pozwoliło kontynuować analizy. Średnie wyniki *Inwentarza depresji Becka* oraz skali Mini-MAC nie wykazały istotnych statystycznie różnic (tab. 1). Niemniej jednak wśród kobiet leczonych z powodu nowotworu narządów rodnych obserwowano bardziej zróżnicowane wyniki BDI. Średnia punktacja dla tej grupy wynosiła  $14 \pm 11,5$ , natomiast dla kobiet z rozpoznaniem raka piersi zarówno średni wynik był niższy, jak i odchylenie standardowe mniejsze  $8 \pm 6,8$ ). Miało to wyraźne odzwierciedlenie w procentowym rozkładzie osób, które w skali BDI osiągnęły wynik powyżej 11 pkt, uznawany w polskiej populacji za punkt odcięcia dla podejrzenia zaburzeń depresyjnych. W grupie NNR obserwowano dwukrotnie więcej ankietowanych z  $BDI > 11$  w porównaniu z grupą NP (55 vs 25%) (ryc. 1).

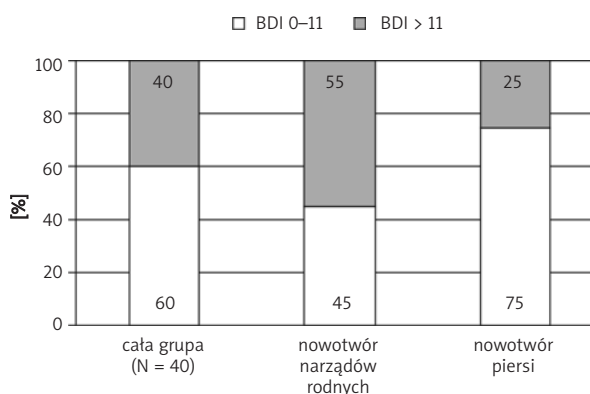
Wyniki korelacji rang Spearmana wskazują na obecność istotnego związku objawów obniżonego nastroju u pacjentek NNR z takimi składowymi skali Mini-MAC, jak zaabsorbowanie lękowe, beznadzieść–beznadzieja oraz destrukcyjny styl radzenia sobie z chorobą.

W grupie NP także obserwowano wysokie wyniki BDI (świadczące o objawach obniżonego nastroju) korelujące z wysokimi wskaźnikami ZL, B/B oraz stylem destrukcyjnym (tak jak w grupie NNR). Z kolei niska punktacja w BDI korelowała wyraźnie z takimi parametrami stanu psychicznego, jak duch walki, pozytywne przewartościowanie i konstruktywny styl radzenia sobie z chorobą. W żadnej z grup nie wykazano korelacji wieku badanych kobiet z parametrami oceniającymi ich stan emocjonalny (tab. 2 i 3).

## Dyskusja

Badania przesiewowe dotyczące zaburzeń depresyjnych u pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) opublikowane w Polsce w 2007 r. wykazały, że z 7289 przebadanych pacjentów 41% uzyskało wynik powyżej 11 pkt w skali BDI. Wynik ten stanowił wskazanie do konsultacji psychiatrycznej w celu postawienia dalszej diagnozy [13]. W prezentowanych badaniach wynik powyżej 11 pkt uzyskało 40% badanej grupy, co wskazuje na duże podobieństwo wyników badań przesiewowych cytowanych powyżej. Należy jednak wziąć pod uwagę fakt, że w badaniach Drózdza i wsp. [13] średnia wieku pacjentów POZ wynosiła  $43,3 \pm 13,2$  roku i 1/3 grupy stanowili mężczyźni. Ci sami autorzy wskazują, że zarówno starszy wiek, jak i płeć żeńska były istotnie związane ze zwiększonym ryzykiem rozpoznania depresji. W grupie kobiet z DCO, w której średnia wieku wynosiła  $56,1 \pm 10,2$  roku, dodatkowo obarczonej diagnozą choroby nowotworowej, można by się więc spodziewać większej niż w POZ liczby osób, u których rozwinęły się zaburzenia nastroju.

W świetle tych spostrzeżeń jeszcze bardziej zastanawiające wydają się dane dotyczące kobiet operowanych z powodu raka piersi, gdzie jedynie 25% ankietowanych uzyskało wynik powyżej 11 pkt, co oznacza znacznie mniejsze występowanie zaburzeń nastroju niż w przypadku pacjentów POZ w badaniach Drózdza i wsp. Jednocześnie brak objawów depresyjnych był wyraźnie związany w tej grupie z konstruktywnym stylem radzenia sobie z chorobą oraz z takimi postawami, jak pozytywne przewartościowanie i duch walki. Zatem brak zaburzeń afektywnych wydaje się



Ryc. 1. Wyniki *Inwentarza depresji Becka* (BDI) w badanej grupie  
Fig. 1. Beck Depression Inventory scores (BDI) in study group

Tabela 1. Porównanie wyników badań w obu grupach kobiet  
Table 1. Comparison of the results in both female groups

Rozpoznanie	wiek	BDI	ZL	DW	B/B	PP	SK	SD	
nowotwór narządów rodnych	średnia	56,3	14,0	16,2	23,9	11,4	24,3	47,7	27,5
	(±)	11,7	11,5	5,0	2,3	3,5	3,1	4,7	7,4
nowotwór piersi	średnia	56,0	8,0	15,1	24,3	10,4	24,0	48,3	25,5
	(±)	9,1	6,8	4,8	3,0	3,3	3,3	5,6	7,2
test U Manna-Whitneya	p	0,90	0,09	0,48	0,68	0,34	0,85	0,69	0,88

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

ściśle związany z przyjętą strategią radzenia sobie z chorobą. Wśród strategii tych wymienia się m.in. minimalizowanie, zaprzeczanie i unikanie jako świadome działania mające na celu odsunięcie od siebie myśli o chorobie, zmniejszenie poczucia zagrożenia, odwrócenie uwagi od problemu. Uznaje się, że są to mechanizmy obronne, które pozwalają przetrwać momenty szczególnego napięcia i zagrożenia (np. bezpośrednio przed operacją lub po niej, czy też w oczekiwaniu na wynik badania histopatologicznego) oraz dają czas na mobilizację sił do walki. Badania wskazują, że pacjentki, które po mastektomii przyjmowały *postawę* ducha walki oraz zaprzeczenia, charakteryzował wyższy wskaźnik przeżycia i braku choroby zarówno po 5, jak i 10 latach od rozpoznania w porównaniu z kobietami preferującymi *postawę stoicka akceptacja* lub *bezzadność-beznadzieja* [14, 15]. Trzeba jednak podkreślić, że strategie typu zaprzeczanie, minimalizowanie czy unikanie, jakkolwiek cenne w początkowej fazie walki z rakiem, jeśli stają się podstawowym sposobem radzenia sobie z zagrożeniem, stanowią formę ucieczki od problemu i uniemożliwiają przyjęcie postawy

aktywnej w walce o własne zdrowie i życie. Niemniej jednak postawy takie obserwowane tuż po operacji (w prezentowanych badaniach była to 1–7. doba pooperacyjna) świadczą o uruchomieniu silnych mechanizmów zaradczych i dobrze rokują co do długoterminowych efektów terapii.

W grupie kobiet leczonych z powodu nowotworów w obrębie narządów rodnych u około połowy badanych stwierdzono natomiast poważne nasilenie objawów depresyjnych wskazujących na możliwość występowania depresji, co jest bardziej zbliżone do danych raportowanych przez Dróżdża i wsp. uzyskanych w populacji pacjentów POZ. Uwagę przykuwa jednak wyraźna różnica pomiędzy grupami NNR i NP pod tym względem, odpowiednio 55 i 25%. Ponadto, w przeciwieństwie do grupy kobiet po mastektomii, nasilenie objawów depresyjnych wiązało się w tym przypadku tylko z cechami świadczącymi o destrukcyjnym stylu radzenia sobie z chorobą. Im bardziej były nasilone objawy depresyjne, tym większa tendencja do przyjmowania postawy biernej, bez zależności w odwrotnym kierunku obserwowanej w grupie NP. Dlatego ważna staje się odpowiedź na pytanie, co jest

**Tabela 2.** Wartości współczynników korelacji pomiędzy poszczególnymi parametrami stanu psychicznego w grupie kobiet z poznaniem nowotworu narządów rodnych

**Table 2.** Correlation coefficients between variables of mental status in female group with tumour of female reproductive organ

	Wiek	BDI	ZL	DW	B/B	PP	DW + PP	ZL + B/B
wiek		0,414	0,161	0,180	0,063	0,075	0,006	0,141
BDI	0,414		<b>0,794</b>	-0,172	<b>0,615</b>	0,105	-0,051	<b>0,822</b>
ZL	0,161	<b>0,794</b>		-0,196	<b>0,527</b>	0,077	-0,058	<b>0,906</b>
DW	0,180	-0,172	-0,196		-0,388	0,323	<b>0,614</b>	-0,322
B/B	0,063	<b>0,615</b>	0,527	-0,388		-0,260	-0,304	0,826
PP	0,075	0,105	0,077	0,323	-0,260		<b>0,799</b>	-0,108
DW + PP	0,006	-0,051	-0,058	<b>0,614</b>	-0,304	<b>0,799</b>		-0,218
ZL + B/B	<b>0,141</b>	<b>0,822</b>	<b>0,906</b>	-0,322	<b>0,826</b>	-0,108	-0,218	

ZL – zaabsorbowanie lękowe, DW – duch walki, B/B – bezzadność-beznadzieja, PP – pozytywne przewartościowanie (DW + PP) – konstruktywny styl radzenia sobie z chorobą, (ZL + B/B) – destrukcyjny styl radzenia sobie z chorobą; zaznaczone współczynniki korelacji istotne z  $p < 0,05$  (korelacja rang Spearmana)

**Tabela 3.** Wartości współczynników korelacji pomiędzy poszczególnymi parametrami stanu psychicznego w grupie z rozpoznaniem nowotworu piersi

**Table 3.** Correlation coefficients between variables of mental status in female group with breast cancer

	Wiek	BDI	ZL	DW	B/B	PP	DW + PP	ZL + B/B
wiek		-0,054	0,149	0,039	-0,013	0,199	0,146	0,034
BDI	-0,054		<b>0,758</b>	-0,523	<b>0,667</b>	<b>-0,614</b>	<b>-0,607</b>	<b>0,755</b>
ZL	0,149	<b>0,758</b>		<b>0,482</b>	<b>0,762</b>	<b>-0,510</b>	<b>-0,501</b>	<b>0,883</b>
DW	0,039	<b>-0,523</b>	<b>-0,482</b>		<b>-0,519</b>	<b>0,649</b>	<b>0,905</b>	<b>-0,493</b>
B/B	-0,013	<b>0,667</b>	<b>0,762</b>	<b>-0,519</b>		<b>-0,616</b>	<b>-0,588</b>	<b>0,949</b>
PP	0,199	<b>-0,614</b>	<b>-0,510</b>	<b>0,649</b>	<b>-0,616</b>		<b>0,896</b>	<b>-0,517</b>
DW + PP	0,146	<b>-0,607</b>	<b>-0,501</b>	<b>0,905</b>	<b>-0,588</b>	<b>0,896</b>		<b>-0,509</b>
ZL + B/B	0,034	<b>0,755</b>	<b>0,883</b>	<b>-0,493</b>	<b>0,949</b>	<b>-0,517</b>	<b>-0,509</b>	

ZL – zaabsorbowanie lękowe, DW – duch walki, B/B – bezzadność-beznadzieja, PP – pozytywne przewartościowanie (DW + PP) – konstruktywny styl radzenia sobie z chorobą, (ZL + B/B) – destrukcyjny styl radzenia sobie z chorobą; zaznaczone współczynniki korelacji istotne z  $p < 0,05$  (korelacja rang Spearmana)

przyczyną takich różnic pomiędzy analizowanymi grupami? Badania opublikowane w 2000 r., dotyczące polskiej populacji osób chorujących na nowotwory złośliwe, wskazywały, że to raczej kobiety po mastektomii gorzej sobie radzą emocjonalnie w porównaniu z pacjentkami po operacji w obrębie narządów rodnych. Średnie wyniki dla stylu destrukcyjnego wynosiły  $35,83 \pm 9,4$  w grupie NP oraz  $31,8 \pm 7,9$  w grupie NNR, a dla stylu konstruktywnego odpowiednio  $40,3 \pm 6,7$  i  $44,4 \pm 7,3$  [12]. Zestawienie tych wyników z obecnie prezentowanymi wskazuje, że kobiety po mastektomii coraz lepiej radzą sobie z sytuacją stresową, jaką jest rozpoznanie choroby nowotworowej. W porównaniu z latami poprzednimi wyraźnie wzrasta odsetek badanych, które przyjmują konstruktywny styl radzenia sobie z chorobą i znacznie maleje (o ok. 30%) liczba osób przejawiających styl destrukcyjny. Takiej różnicy pomiędzy wynikami badań na przestrzeni ostatnich lat nie obserwuje się u kobiet po operacjach ginekologicznych.

Wśród czynników mających znaczący wpływ na proces zmagania się z chorobą, w piśmiennictwie wymienia się m.in. wsparcie społeczne (WS), określając je jako zasoby dostarczane poprzez interakcje z innymi ludźmi [16]. Wsparcie może mieć charakter emocjonalny, gdzie bliski, życzliwy kontakt z drugą osobą pozwala zmniejszyć poziom napięcia psychicznego, daje możliwość wyrażenia uczuć oraz wzmacnia nadzieję na poprawę sytuacji. Wsparcie społeczne może mieć także charakter praktyczny, w postaci wymiany informacji i porad zarówno w kontakcie z pracownikami służby zdrowia, jak i z innymi osobami, które znalazły się w podobnej sytuacji [17, 18]. Sprawna komunikacja, w tym także przepływ informacji zwrotnych o skuteczności podjętej terapii, zwiększa poczucie kontroli nad własnym zdrowiem, sprzyja przyjmowaniu aktywnej postawy w walce z chorobą, a także modelowaniu skutecznych zachowań zaradczych. Ustalono, że w sytuacjach kryzysowych kobiety częściej odwołują się do relacji interpersonalnych i bardziej niż mężczyźni są gotowe do korzystania ze wsparcia społecznego [19]. Przeprowadzona w warunkach polskich w 2006 r. ocena WS wśród pacjentów z chorobami nowotworowymi ujawniła najwyższe wyniki u kobiet po mastektomii, i to we wszystkich badanych kategoriach: wsparcie emocjonalne, praktyczne i integracja społeczna. Jednocześnie niski ogólny poziom WS wyraźnie był związany ze strategiami destrukcyjnymi, a wysoki z konstruktywnymi. Najsilniejsza korelacja ujawniła się pomiędzy odczuwaną przez pacjentów integracją społeczną a strategią *duch walki* [18].

Zestawienie tych danych z wynikami uzyskanymi w prezentowanych badaniach wskazuje, że różnice obserwowane pomiędzy grupami NP i NNR mogą mieć związek z poziomem odczuwanego wsparcia społecznego. W Polsce wśród pacjentów leczonych z powodu choroby nowotworowej na wszechstronną pomoc, także w pierwszym okresie choroby, mogą liczyć głównie kobiety chore na raka piersi. Federacja Polskich Klubów Kobiet po Mastektomii *Amazonki* jest ogólnokrajowym stowarzyszeniem, skupiającym autonomicznie funkcjonujące grupy w prawie 100 większych i mniejszych miejscowościach, a lista stowarzyszeń działających na rzecz amazoнок stale rośnie [20]. Jednocześnie brakuje tego typu prężnie działających organiza-

cji skupiających kobiety po operacjach ginekologicznych, a oferowanie im wsparcia psychologicznego nie jest wprowadzone do standardów postępowania. Dobrym odzwierciedleniem tych dysproporcji jest także obecność tej problematyki w mediach. W ostatnich latach temat raka piersi poruszany jest na łamach czasopism, w radiu i telewizji bardzo często. Wiele znanych, podziwianych i cieszących się szacunkiem kobiet aktywnie działa na rzecz walki z rakiem piersi, a nawet otwarcie przyznaje się, że osobiście zmagają się z tą chorobą. Problemy kobiet po operacjach ginekologicznych nie są tak często poruszane, może to powodować poczucie większej izolacji społecznej, wstydlivego tematu tabu, do którego na razie nikt zbyt chętnie się nie przyznaje. Być może ostatnio uruchomiona ogólnokrajowa akcja promująca profilaktyczne badania cytologiczne zmieni te dysproporcje.

Podsumowując:

1. Pomiędzy grupą pacjentek leczonych z powodu nowotworów narządów rodnych i nowotworu piersi istnieje wyraźna różnica w nasileniu objawów depresyjnych.

2. Niskie nasilenie objawów depresyjnych w grupie pacjentek leczonych z powodu raka piersi wiąże się z konstruktywnym stylem radzenia sobie z chorobą oraz z takimi postawami, jak pozytywne przewartościowanie i duch walki, czego nie stwierdza się w grupie pacjentek po leczeniu nowotworów narządów rodnych.

3. Różnice obserwowane pomiędzy porównywanymi grupami mogą mieć związek z wysokim poziomem wsparcia społecznego w przypadku kobiet operowanych z powodu raka piersi, czego nie obserwuje się w przypadku pacjentek po operacjach ginekologicznych.

## Piśmiennictwo

1. Woźniewski M. Kultura fizyczna w życiu ludzi chorych na nowotwory złośliwe. *Adv Clin Exper Med* 2002; 11: 103-8.
2. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM, Henrichs M, Carnicke CL Jr. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983; 249: 751-7.
3. Trzebiatowska I. Zaburzenia psychiczne w chorobie nowotworowej. W: *Psychoonkologia*. de Walden Gałuszko K. (red.). Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000; 71-81.
4. Netzel PJ, Sampson MS, Lapid IM, Moore MK, Rummans AT. Depression and anxiety in cancer patients a focus on breast and gynecological cancer. *Woman's Health Ob-Gyn Edition* 2006; 6: 15-25.
5. Chwałczyńska A, Woźniewski M, Rożek-Mróż K, Malicka I. Jakość życia kobiet po mastektomii. *Wiad Lek* 2004; 36: 212-6.
6. Adamczyk M, Woźniak Z. Życie po mastektomii – od separacji do normalizacji. *Biospołeczne skutki mastektomii*. AWF, Poznań 1997; 56-62.
7. Bidzan M, Zielonka-Sujkowska A, Smutek J. Niektóre uwarunkowania samooceny kobiet operowanych z powodu raka szyjki macicy – metoda Wertheima-Meigsa. *Psychoonkologia* 2001; 8: 57-64.
8. Sevil U, Ertem G, Kavlak O, Coban A. The loneliness level of patients with gynecological cancer. *Gynecol Cancer* 2006; 16: 472-7.
9. Dean C, Surtees P. Do psychological factors predict survival in breast cancer? *J Psychosom Res* 1989; 33: 561-9.
10. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An Inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561-71.
11. Parnowski T, Jernajczyk W. Skala Depresji Becka do oceny nastroju u osób zdrowych i u pacjentów z zaburzeniami afektywnymi. *Psychiatr Pol* 1977; 11: 417-21.

12. Jurczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2001.
13. Drózdź W, Wojnar M, Araszkiwicz A, Nawacka-Pawlaczyk D, Urbański R, Ćwiklińska-Jurkowska M, Rybakowski J. Badanie rozpowszechnienia zaburzeń depresyjnych u pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce. *Wiad Lek* 2007; 40: 109-13.
14. Jurczyński Z. Psychologiczne wyznaczniki przystosowania się do choroby nowotworowej. *Psychoonkologia* 1997; 1-8.
15. Geer S, Morris T, Pettingale K. Psychological response to breast cancer diagnosis: effect on outcome. *Lancet* 1979; 785-7.
16. Sheridan Ch, Rademascher S. *Psychologia Zdrowia*. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 1998.
17. Sęk H, Cieślak R. *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa 2004.
18. Michałowska-Wieczorek I. Rola wsparcia w zmaganiu się z chorobą nowotworową. *Psychoonkologia* 2006; 10: 51-6.
19. Norcross J, DiClemente C, Prochalska J. Self-change of psychological distress: Laypersons' vs. psychologists' coping strategies. *J Clin Psychol* 1986; 42: 834-40.
20. Adamczyk M. Rola stowarzyszeń samopomocy pacjentów z chorobą nowotworową. W: *Psychoonkologia*. de Walden Gałuszko K (red.). Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000; 117-22.

#### **Adres do korespondencji**

##### **Iwona Malicka**

Katedra Fizjoterapii w Medycynie Zachowawczej i Zabiegowej  
Wydział Fizjoterapii  
Akademia Wychowania Fizycznego  
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