

ZALEŻNOŚĆ MIĘDZY AKCEPTACJĄ CHOROBY A POZIOMEM LĘKU I DEPRESJI U PACJENTEK Z NOWOTWOREM GRUCZOŁU PIERSIOWEGO

The relationship between the acceptance of the disease, and the level of anxiety and depression in patients with breast cancer

Ewelina Kozera

Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu

adres do korespondencji: e.kozera91@gmail.com

STRESZCZENIE

Wstęp. Nowotwór gruczołu piersiowego diagnozuje się każdego roku u bardzo dużej liczby kobiet. Czas adaptacji, powrót do równowagi fizycznej i emocjonalnej trwają długo. Większość pacjentek odczuwa szereg negatywnych emocji: poczucie zagrożenia, niepokoju, przewrażliwienie, nadpobudliwość, irytację, a nawet depresję. Oddziałuje to na cały proces terapeutyczny, w tym na proces przystosowania się do ograniczeń narzuconych przez chorobę.

Cel pracy. Ocena zależności między akceptacją choroby a poziomem lęku i depresji u pacjentek z chorobą nowotworową gruczołu piersiowego.

Materiał i metody. Do badania włączono 100 kobiet powyżej 60. roku życia ze zdiagnozowanym nowotworem gruczołu piersiowego. Do zebrania materiału badawczego zastosowano: ankietę socjodemograficzną i kliniczną własnego autorstwa, standaryzowany kwestionariusz AIS do oceny akceptacji choroby oraz standaryzowany kwestionariusz HADS-M do oceny lęku i depresji. Za poziom istotności statystycznej przyjęto $p < 0,05$.

Wyniki. Średni poziom akceptacji choroby w badanej grupie wyniósł $M = 14,5$ ($SD = 5,5$). Wśród badanych osób 79% posiadało niski poziom akceptacji choroby, osoby ze średnim poziomem akceptacji choroby stanowiły 19%, a wysoki poziom akceptacji choroby posiadało 2% badanych. Średni poziom lęku badanych osób wyniósł $M = 11,52$ ($SD = 2,56$). Średni poziom depresji badanych osób wyniósł $M = 10,32$ ($SD = 2,1$). Analizy korelacji wykazały, że im badane osoby posiadały wyższy poziom na skali akceptacji choroby, tym miały niższy poziom lęku ($r = -0,41$; $p < 0,001$) i depresji ($r = -0,24$; $p = 0,015$).

Wnioski. 1. Kobiety z chorobą nowotworową gruczołu piersiowego w niskim stopniu akceptują swoją chorobę. 2. Wśród kobiet z chorobą nowotworową gruczołu piersiowego występują objawy wskazujące na lęk i depresję. 3. Im wyższy poziom akceptacji choroby, tym niższy poziom lęku i depresji wśród kobiet z nowotworem gruczołu piersiowego.

Słowa kluczowe: nowotwór gruczołu piersiowego, akceptacja choroby, lęk, depresja.

SUMMARY

Background. Every year, a great number of women are diagnosed with breast cancer. Adaptation to the diagnosis and return to physical and emotional balance require a long time. Most patients experience a range of negative emotions: insecurity, anxiety, oversensitivity, excitability, irritability, or even depression. This affects the entire treatment process, including the process of adapting to limitations imposed by the illness.

Objectives. To assess the relationship between acceptance of illness and anxiety and depression in patients with breast cancer.

Material and methods. The study included 100 women over the age of 60, diagnosed with breast cancer. Study material was gathered using: a socio-demographic and clinical questionnaire developed by the authors, the standardized AIS questionnaire evaluating acceptance of illness, and the standardized HADS-M questionnaire evaluating anxiety and depression. Correlations and differences at $p < 0.05$ were considered statistically significant.

Results. Mean acceptance of illness score in the study group was $M = 14.5$ ($SD = 5.5$). Acceptance of illness was low in 79% of patients, moderate in 19%, and high in 2%. Mean anxiety level in the study group was $M = 11.52$ ($SD = 2.56$). Mean depression level in the study group was $M = 10.32$ ($SD = 2.1$). Correlation analyses showed that patients with higher acceptance of illness scores had lower levels of anxiety ($r = -0.41$; $p < 0.001$) and depression ($r = -0.24$; $p = 0.015$).

Conclusions. 1. Women with breast cancer have poor acceptance of their illness. 2. Women with breast cancer show signs of anxiety and depression. 3. The higher was the breast cancer patients' acceptance of illness, the lower were their anxiety and depression levels.

Key words: breast cancer, acceptance of illness, anxiety, depression.

WSTĘP

Nowotwór gruczołu piersiowego diagnozuje się każdego roku u bardzo dużej liczby kobiet. Po raku płuca jest to jeden z najczęściej występujących nowotworów na świecie. Pojawia się zwykle po menopauzie i dotyka głównie kobiet po 50. roku życia. Choć za jego rozwój odpowiada wiele czynników, prawdopodobieństwo zachorowania u młodszych kobiet jest równie wysokie. Fundamentalnym elementem, który w istotny sposób wpływa na szansę wyleczenia, jest zdiagnozowanie nowotworu we wczesnym stadium rozwoju, wówczas rokowania są dobre.

Rozpoznanie choroby nowotworowej wywołuje poczucie zagrożenia życia, silny lęk, niepewność. Diagnoza budzi w chorym grozę, powodując, że czuje się on napiętnowany, izolowany społecznie. Nowotwór gruczołu piersiowego odbierany jest przez kobiety jako traumatyczne doświadczenie. Czas adaptacji, powrót do równowagi fizycznej i emocjonalnej trwają długo. Większość pacjentek odczuwa szereg negatywnych emocji: po-

czucie zagrożenia, niepokoju, przewrażliwienie, nadpobudliwość, irytację, a nawet depresję. Oddziałuje to na cały proces przystosowania się do choroby, tym samym powstrzymując powrót do zdrowia psychicznego i fizycznego.

Obecnie w osiąganiu optymalnych wyników leczenia istotną część stanowią nie tylko badania kliniczne, ale także ocena sfery psychicznej pacjenta. W praktyce do samooceny stanu psychicznego czy społecznego pacjenta skorzystać można z szeregu standaryzowanych kwestionariuszy, przeznaczonych do oceny jakości życia, w tym do oceny występowania objawów depresyjnych, poziomowi zaadaptowania do choroby czy braku wsparcia społecznego.

CEL PRACY

Celem pracy była ocena zależności między akceptacją choroby a poziomem lęku i depresji u pacjentek z chorobą nowotworową gruczołu piersiowego.

MATERIAŁ I METODY

Badanie zostało przeprowadzone wśród 100 kobiet powyżej 60. roku życia ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową gruczołu piersiowego, hospitalizowanych w oddziale Radioterapii I, Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu. Badania trwały od grudnia 2013 do stycznia 2014 r. Do zebrania materiału badawczego zastosowano:

- ankietę własnego autorstwa, charakteryzującą grupę badawczą pod względem socjodemograficznym i klinicznym;
- standaryzowaną skalę do oceny akceptacji choroby AIS (ang. *Acceptance Illness Scale*) – autorstwa Felton i wsp. w polskiej adaptacji Juczyńskiego [1]. Kwestionariusz zawiera osiem stwierdzeń opisujących konsekwencję złego stanu zdrowia: kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę, ograniczenia w wykonywaniu ulubionych zajęć, poczucie nieprzydatności, poczucie zależności, poczucie bycia ciężarem dla bliskich, obniżone poczucie własnej wartości, ograniczenie samowystarczalności, poczucie zakłopotania chorobą wśród innych osób. Skala AIS pozwala na określenie ogólnej akceptacji choroby, a także na osobną interpretację wyników uzyskanych w poszczególnych stwierdzeniach. Pacjenci ustosunkowują się do każdego z powyższych stwierdzeń zaznaczając odpowiedź na 5-stopniowej skali Likerta. Maksymalny wynik, jaki można uzyskać (40 punktów), świadczy o akceptacji choroby, najniższy natomiast (8 punktów) oznacza złe przystosowanie do choroby;
- standaryzowany kwestionariusz do oceny poziomu lęku i depresji, HADS-M (ang. *Hospital Anxiety and Depression Scale Zigmonda and Snaitha*) [2]. Kwestionariusz zawiera 3 podskale: lęku, depresji i agresji. Umożliwia ocenę występowania tych objawów u pacjentów hospitalizowanych z powodów somatycznych. W skali HADS-M występuje 16 pytań, a każde z nich ma 4 możliwe odpowiedzi (m in.: większość czasu, sporo czasu, od czasu do czasu, wcale/zdecydowanie tak, zwykle, często, wcale nie). Wyniki interpretowane są następująco: 0–7 punktów – bez zaburzeń depresyjnych, 8–10 punktów – objawy depresyjne graniczne, 11–21 punktów – wyraźne objawy depresyjne. Analogicznie interpretuje się podskale lęku.

Analizę statystyczną przeprowadzono stosując program SPSS dla Windows 7.0. Dla wszystkich parametrów ilościowych (mierzalnych) wyznaczono podstawowe statystyki opisowe ($M \pm SD$, Me) oraz sprawdzono zgodność ich rozkładu z rozkładem normalnym. Do analizy związków wykorzystano współczynnik korelacji r -Pearsona. Za poziom istotności statystycznej przyjęto p -value < 0,05.

WYNIKI

W badaniu wzięło udział 100 patientek z nowotworem gruczołu piersiowego powyżej 60. roku życia. W tabeli 1 i 2 przedstawiono dane społeczno-demograficzne i kliniczne badanych osób.

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna grupy badanej

Charakterystyka socjodemograficzna	Liczebność	% ogółu
Wiek		
60–65 lat	35	35
65–70 lat	27	27
70–75 lat	25	25
75 lat i więcej	13	13
Wykształcenie		
Podstawowe	22	22
Średnie	43	43
Wyższe lub zawodowe	35	35
Zamieszkanie		
Wieś	57	57
Miasto	43	43

Stan cywilny		
Mążatka/mieszkam z partnerem	61	61
Niezamężna	14	14
W separacji/rozwiedziona	8	8
Wdowa	17	17
Kraj urodzenia		
Polska	100	100
Inny	0	0
Miesięczny dochód		
600 PLN lub mniej	5	5
601–900 PLN	12	12
901–1200 PLN	48	48
1201–1500 PLN	24	24
1501–1800 PLN	9	9
1801–2100 PLN	2	2
2101 PLN lub więcej	0	0
Dwie lub więcej chorób lub choroby chroniczne		
Tak	83	83
Nie	17	17

Tabela 2. Charakterystyka kliniczna grupy badanej

Charakterystyka kliniczna	Liczebność	% ogółu
Czas od zachorowania		
Mniej niż rok	41	41
1–3 lata	31	31
3–6 lat	17	17
6 lat i więcej	11	11
Stosowane leczenie		
Zabieg operacyjny	75	75
Chemioterapia	75	75
Radioterapia	100	100
Powikłania po leczeniu		
Zabieg operacyjny	50	50
Chemioterapia	72	72
Radioterapia	77	77
Powikłania po zabiegu operacyjnym		
Gorączka	26	26
Oznaki infekcji	41	41
Zwiększone wydzielanie płynu	51	51
Rozejście się szwów	34	34
Drętwienie i/lub martwica skóry	21	21
Reoperacja	20	20
Opuchnięcie kończyny górnej	66	66
Powikłania po chemioterapii		
Ostre (natychmiastowe) – nudności/wymioty/reakcja uczuleniowa	59	59
Wczesne (4–6 tyg. po leczeniu) – uszkodzenie szpiku kostnego/wypadanie włosów/zapalenie błon śluzowych	70	70
Opóźnione (do kilkunastu tygodni po chemioterapii) – uszkodzenie nerek/płuc/serca	43	43
Późne (kilka miesięcy/lat po chemioterapii) – uszkodzenie układu rozrodczego/nowotwory wtórne	22	22
Powikłania po radioterapii		
Odczyn I°	17	17
Odczyn II°	40	40
Odczyn III°	41	41
Świąd/łuszczenie skóry	64	64

Wśród badanych osób 35% było w wieku 60–65 lat, 27% w wieku 65–70 lat, 25% w wieku 70–75 lat, 12% w wieku powyżej 75. roku życia. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem średnim – 43%, osoby z wykształceniem wyższym lub zawodowym stanowiły 35%, a wykształcenie podstawowe po-

siadało 22% badanych. Ponad połowa mieszkała na terenach wiejskich – 57%, osoby mieszkające w miastach stanowiły 43% badanych. Większość osób miała partnera/męża – 61%, osoby owdowiałe stanowiły 17%, kobiety niezamężne stanowiły 14%, a w separacji było 8% badanych osób. Wszystkie osoby pochodziły z Polski. Blisko połowa posiadała miesięczny dochód na poziomie 901–1200 zł; osoby z dochodem 1201–1500 zł stanowiły 24% badanych. Zdecydowana większość osób (83%) posiadała dwie lub więcej choroby lub choroby chroniczne.

Najliczniejszą grupę stanowiły kobiety chorujące mniej niż rok – 41%, osoby chorujące od 1 roku do 3 lat stanowiły 31% badanych, osoby chorujące od 3 do 6 lat stanowiły 17%, a osoby chorujące powyżej 6 lat stanowiły 11% badanych osób. U wszystkich badanych zastosowano radioterapię (100%), osoby po zabiegu operacyjnym stanowiły 75%, podobnie u 75% zastosowano chemioterapię. Badane z powikłaniami po radioterapii stanowiły 77%, powikłania po chemioterapii wystąpiły u 72%, a powikłania po zabiegu operacyjnym wystąpiły u połowy respondentek. Najczęstszymi powikłaniami po zabiegu operacyjnym było opuchnięcie kończyny górnej – 66%, zwiększone wydzielanie płynu – 51%, oznaki infekcji – 41%. Najczęstszymi powikłaniami po chemioterapii były wczesne uszkodzenia szpiku kostnego/wypadanie włosów/zapalenie błon śluzowych – 70%, ostre nudności/wymioty/reakcja uczuleniowa – 59%, opóźnione uszkodzenie nerek/płuc/serca – 43%. Najczęstszymi powikłaniami po radioterapii był świąd/łuszczenie się skóry – 64%, odczyn III – 41%, odczyn II – 40%.

W tabeli 3 przedstawiono statystyki opisowe dla pytań kwestionariusza AIS. Wśród twierdzeń kwestionariusza akceptacji choroby badane osoby najmniej zgadzały się z twierdzeniem, że czują się niepotrzebne ($M = 2,5$) oraz że choroba sprawia, że są ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół ($M = 2$), że mają kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę ($M = 2$). Średni ogólny poziom akceptacji choroby badanych osób wyniósł $M = 14,5$ ($SD = 5,5$). Wśród badanych 79% posiadało niski poziom akceptacji choroby, osoby ze średnim poziomem akceptacji choroby stanowiły 19%, a wysoki poziom akceptacji choroby posiadało 2% respondentek.

Tabela 3. Statystyki opisowe dla kwestionariusza AIS

AIS	M [SD]	Me [Kw. I–Kw. III]
1.	2,04 [0,88]	2 [1–2]
2.	1,73 [0,96]	1 [1–2]
3.	2,53 [1,08]	3 [2–3]
4.	1,58 [0,96]	1 [1–2]
5.	2,02 [0,78]	2 [2–2]
6.	1,57 [1,02]	1 [1–2]
7.	1,56 [0,95]	1 [1–2]
8.	1,46 [0,74]	1 [1–2]
Poziom AIS	14,49 [5,51]	12,5 [11–17]
Niski	79	79,00
Średni	19	19,00
Wysoki	2	2,00

AIS (ang. *Acceptance Illness Scale*) – akceptacja choroby; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; Me – mediana; Kw. – kwartył; 1 – przystosowanie się do ograniczeń narzuconych przez chorobę; 2 – uniemożliwienie wykonywania ulubionych zajęć; 3 – poczucie nieprzydatności; 4 – poczucie zależności od innych osób; 5 – poczucie bycia ciężarem dla najbliższych; 6 – obniżenie poczucia własnej wartości; 7 – ograniczenie samowystarczalności; 8 – poczucie zakłopotania wśród innych spowodowane przebywaniem z osobą chorą.

W tabeli 4 przedstawiono statystyki opisowe dla pytań kwestionariusza HADS-M. Średni ogólny poziom lęku badanych osób wyniósł $M = 11,52$ ($SD = 2,56$). Średni ogólny poziom depresji wyniósł $M = 10,32$ ($SD = 2,1$).

Analizy korelacji r-Pearsona między skalą kwestionariusza lęku i depresji (HADS-M) a ogólnym poziomem akceptacji choroby (AIS) przedstawiono w tabeli 5. Analizy korelacji wykazały, że im badane osoby posiadały wyższy poziom skali akceptacji choroby, tym posiadały niższy poziom lęku i depresji.

Tabela 4. Statystyki opisowe dla kwestionariusza HADS-M

HADS-M	M [SD]	Me [Kw. I–Kw. III]
Ogólny poziom lęku	11,52 [2,56]	12 [10–13]
Ogólny poziom depresji	10,32 [2,1]	10 [9–12]

HADS-M (ang. *Hospital Anxiety and Depression. Scale Zigmunda and Snitha*); M – średnia; SD – odchylenie standardowe; Me – mediana; Kw. – kwartył.

Tabela 5. Współczynniki korelacji pomiędzy poziomem lęku i depresji, a akceptacją choroby

Zmienna	Lęk		Depresja	
	r-Pearsona	p-value	r-Pearsona	p-value
Ogólny poziom AIS	-0,41	< 0,001	-0,24	0,015

AIS (ang. *Acceptance Illness Scale*) – akceptacja choroby; r-Pearson – współczynnik korelacji Pearsona; p-value – współczynnik istotności statystycznej.

DYSKUSJA

Choroba nowotworowa gruczołu piersiowego obarcza pacjentki w znacznym stopniu klinicznie, ale także narusza ich funkcjonowanie psychiczne i społeczne. Występującym trudnościom z zaakceptowaniem swojego stanu zdrowia towarzyszą często negatywne emocje w znaczącym stopniu obniżające jakość życia.

W niniejszym badaniu zastosowano standaryzowane narzędzia badawcze do oceny poziomu akceptacji choroby oraz lęku i depresji u kobiet leczonych z powodu nowotworu gruczołu piersiowego na oddziale Radioterapii. Grupa badana w większości oceniła, że choroba, która została u nich zdiagnozowana, jest ciężka. Najliczniejszą grupę stanowiły kobiety, które chorują mniej niż rok oraz zamieszkują na terenach wiejskich.

Obecnie akceptacja choroby uznawana jest za niezależny predyktor obniżenia jakości życia w wielu chorobach przewlekłych [3, 4]. Poziom akceptacji choroby może być natomiast determinowany przez szereg czynników socjodemograficznych, jak i klinicznych. W badaniu Pawlik [2] poziom akceptacji choroby nie był zależny od miejsca zamieszkania, natomiast odmienne wyniki przedstawili Balsa i wsp. [5].

Z badań własnych wynika, że pacjentki są zadowolone ze swojego środowiska rodzinnego, otrzymują wsparcie społeczne od rodziny i przyjaciół. Podobne wyniki uzyskano w badaniach Pawlik i Kaczmarek-Borowskiej [2], Nowickiego [6], Bulsy i wsp. [5], Chwałczyńskiej i Woźniewskiego [7]. Jednakże w doniesieniach de Walden-Gałuszek [8] i Zegarskiego [9] odnotowano ograniczenie kontaktów społecznych z powodu choroby nowotworowej piersi wśród pacjentek.

Wykazano natomiast, że stan psychiczny grupy badanej ulega zmianie, pacjentki stają się bardziej nerwowe, rozdrażnione, co analogicznie pokazała Chwałczyńska i Woźniewski [7] oraz Balsa i wsp. [5]. Wśród chorych kobiet na nowotwór gruczołu piersiowego obserwuje się również spadek efektywności w pracy [9]. Wśród badanych osób poziom akceptacji choroby, podobnie jak w pracy Łuczyk i wsp. [10] był niski we wszystkich pytaniach. Odnotowano także występowanie objawów świadczących o wysokim poziomie lęku i depresji. Wykazano statystycznie istotny wpływ między poziomem akceptacji choroby a poziomem lęku i depresji. Do badania własnego włączono kobiety powyżej 60. roku życia, a według Majkowicz i wsp. [11] kobiety w podeszłym wieku silniej reagują lękiem i depresją. Co więcej, kobiety z nowotworem piersi i współistniejącymi objawami depresji odczuwają istotnie gorszą jakość życia [10].

Ocena akceptacji choroby jest niezbędna w wyodrębnianiu grup pacjentów wymagających zintensyfikowanych działań terapeutycznych w procesie przystosowania się do choroby. Konieczność obejmowania specjalistyczną, ciągłą opieką pacjentek z chorobą nowotworową gruczołu piersiowego uzasadnia potrzebę stworzenia wielodyscyplinarnych programów, które w dalszej perspektywie przyczyniłyby się do zminimalizowania negatywnego wpływu tego schorzenia na jakość życia.

WNIOSKI

1. Kobiety z chorobą nowotworową gruczołu piersiowego w niskim stopniu akceptują swoją chorobę.
2. Wśród kobiet z chorobą nowotworową gruczołu piersiowego występują objawy wskazujące na lęk i depresję.

3. Im wyższy poziom akceptacji choroby, tym niższy poziom lęku i depresji wśród kobiet z nowotworem gruczołu piersiowego.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorki.

Konflikt interesów: Autorka nie zgłasza konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

1. Felton BJ, Revenson TA, Hionrichsen GA (adaptacja Juczyński Z). *Skala akceptacji choroby AIS*. W: Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychoonkologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2009: 162–166.
2. Pawlik M, Karczmarek-Borowska B. *Akceptacja choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii*. Rzeszów: Uniwersytet Rzeszowski; 2013.
3. Niedzielski A, Humeniuk E, Błaziak P, i wsp. Stopień akceptacji choroby w wybranych chorobach przewlekłych. *Wiad Lek* 2007; 5(6): 224–227.
4. Obieglo M, Uchmanowicz I, Wleklik M, et al. The effect of acceptance of illness on the quality of life in patients with chronic heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2015; 8: 1–7.
5. Bulsa M, Rzepa T, i wsp. Stan psychiczny kobiet po mastektomii. Doniesienie z badań. *Post Psych Neurol* 2002; 11: 55–70.
6. Nowicki A, Kwasińska E, i wsp. *Wpływ choroby na życie emocjonalne kobiet po operacji raka piersi zrzeszonych w klubach „Amazonka”*. Szczecin: Pomorska Akademia Medyczna; 2009: 3, 55, 81–85.
7. Chwałczyńska A, Woźniewski M. Jakość życia kobiet po mastektomii. *Wiad Lek* 2004; LVII: 5–6.
8. De Walden-Gałuszko K. *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego; 1994.
9. Zegarski W. Ocena jakości życia kobiet po mastektomii na podstawie standardowych kwestionariuszy: QLQ-C30 i QLQ-BR23. *J Oncology* 2010; 6: 532–535.
10. Łuczyk R, Owsik E, Łuczyk M, i wsp. Występowanie i wpływ zaburzeń depresyjnych na jakość życia kobiet po mastektomii. *J Health Sci* 2014; 4(10): 137–150.
11. Majkowicz M, Zdun-Ryżewska A. Ocena jakości życia w zaburzeniach psychicznych – koncepcje, badania, narzędzia pomiaru. *Psychiatr Prakt Klin* 2009; 2(2): 100–114.

Adres do korespondencji:

Mgr Ewelina Kozera
Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu
pl. Hirszfelda 12
53-413 Wrocław
Tel.: 721 358 032
E-mail: e.kozera91@gmail.com

Praca wpłynęła do Redakcji: 01.10.2015 r.

Po recenzji: 22.11.2015 r.

Zaakceptowano do druku: 01.12.2015 r.