

LĘK I DEPRESJA JAKO EMOCJONALNE UWARUNKOWANIA MOŻLIWOŚCI FUNKCJONALNYCH KOBIET PO RADYKALNYM LECZENIU RAKA PIERSI

ANXIETY AND DEPRESSION AS EMOTIONAL DETERMINANTS OF FUNCTIONAL STATE
OF WOMEN AFTER RADICAL TREATMENT OF BREAST CANCER

Renata Stępień¹, Irena Wrońska²

¹ Zakład Chorób Wewnętrznych, Kardiologii i Pielęgniarstwa Internistycznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach
Kierownik Zakładu: prof. ndzw. dr. hab. n. med. Marianna Janion

² Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Medycznej z Pracownią Umiejętności Pielęgniarskich
Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej w Lublinie
Kierownik Zakładu: prof. zw. dr. hab. n. med. Irena Wrońska

STRESZCZENIE

Cel pracy. Celem pracy była ocena poziomu lęku i depresji u kobiet po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka piersi w kontekście wybranych zmiennych stanu funkcjonalnego ujętych w pięciu dziedzinach: stan fizyczny, stan emocjonalny, życie rodzinne i towarzyskie, funkcjonowanie w życiu codziennym oraz obszarze specyficznych dolegliwości związanych z leczeniem raka piersi.

Material 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 A. S. Zigmunda i R. P. Snaitha oraz Functional Assessment Therapy Scale – Breast (FACT-B) w opracowaniu D. F. Cella.

Wyniki: W grupie badanych pacjentek średnia wartość lęku wyniosła 9,58 pkt, a w grupie kontrolnej 7,36. Poziom depresji w grupie kobiet po mastektomii wynosił średnio 6,03 punktu, a w grupie kontrolnej 4,95. Mediana w skali FACT-B w grupie badanej wyniosła 87 pkt, a kontrolnej 96. Zarówno w grupie kobiet po amputacji piersi ($r_s = -0,69$, $p < 0,0001$; $r_s = -0,74$, $p < 0,0001$), jak i kontrolnej ($r_s = -0,46$, $p < 0,0001$; $r_s = -0,55$, $p < 0,0001$) wykazano ujemne korelacje pomiędzy poziomem lęku i depresji a wartościami wskaźników ujmujących stan funkcjonalny w skali FACT-B.

Wnioski: Wraz ze wzrostem natężenia badanych emocji negatywnych następowało pogorszenie stanu funkcjonalnego zarówno w grupie badanej, jak i kontrolnej. W grupie kobiet po mastektomii zależność między poziomem lęku i depresją a stanem fizycznym oraz życiem rodzinnym i towarzyskim była jednak silniejsza niż w grupie kobiet zdrowych.

Słowa kluczowe: lęk, depresja, stan funkcjonalny, mastektomia.

SUMMARY

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 functional state in five sub-scales: physical condition, emotional state, family and social life, everyday life functioning and closely connected with treatment for breast cancer.

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 basic instruments of measurement were: Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS (authors A.S. Zigmond and R.P. Snaith) and Functional Assessment Therapy Scale-Breast – FACT-B by D. F. Cella.

Results: The level of anxiety in the patients was 9.58 point, and the control group 7.36. The level of depression of the tested group was 6.03 point, and the control group 4.95. The median of FACT-B scale in the patients was 87 point, and the control group 96. The intensity of anxiety and depression formed negative and statistically significant relation between functioning in FACT-B scale, both in the group of women after mastectomy ($r_s = -0.69$, $p < 0.0001$; $r_s = -0.74$, $p < 0.0001$) and control group ($r_s = -0.46$, $p < 0.0001$; $r_s = -0.55$, $p < 0.0001$).

Conclusions. The intensity of anxiety and depression formed negative and statistically significant relation between functioning in all its dimensions, both in a group of patients and control group. However, in a group of women after mastectomy the relationship between anxiety and depression and functional state as well as family and social life was stronger than in a group of healthy women.

Key words: anxiety, depression, functional state, mastectomy.

WSTĘP

Wprowadzenie i stała modyfikacja kompleksowego leczenia onkologicznego, w postaci interwencji chirurgicznej połączonej z chemio-, radio- i hormonoterapią, zwiększa szanse kobiet na wyleczenie raka piersi [1]. Jednocześnie specyfika tej właśnie choroby nowotworowej i podejmowanych działań terapeutycznych stawia pacjentki w niezwykle trudnej i złożonej sytuacji. Zagrożona zostaje bowiem integralność osoby ludzkiej w płaszczyźnie biologicznej, społecznej, psychologicznej oraz moralno-duchowej [2-6].

Wśród niekorzystnych następstw psychicznych radykalnego leczenia chirurgicznego raka piersi jako dominujące reakcje emocjonalne wymienia się strach, gniew, przygnębienie, a przede wszystkim lęk i depresję [7-8].

Lęk obecny na poziomie normalnym, dającym się konstruktywnie przezwyciężyć, może pełnić funkcje pozytywne zarówno w stanie zdrowia, jak i choroby. Jako sygnał ostrzegawczy przed niebezpieczeństwem pobudza do działań obronnych i prozdrowotnych, a poprzez funkcję motywacyjno-regulacyjną skłania do podejmowania i kontynuowania leczenia. Zbyt wysoki poziom repulsywnych emocji staje się natomiast czynnikiem paraliżującym, wywołującym fobie, depresję bądź prowadzącym do działań destruktywnych [7, 9].

Istotnym celem opieki medycznej nad chorym onkologicznie staje się zatem monitorowanie emocji negatywnych, a zwłaszcza lęku i depresji, gdyż ich nasilenie na poziomie patologicznym zakłóca dobre i sprawne funkcjonowanie człowieka.

CEL PRACY

Celem pracy była próba ustalenia zależności pomiędzy nasileniem lęku i depresji a stanem funkcjonalnym kobiet po radykalnym leczeniu chirurgicznym raka piersi na tle grupy kontrolnej utworzonej spośród kobiet zdrowych.

MATERIAŁ I METODA

Grupę badaną tworzyło 265 pacjentek, które przeżyły radykalne leczenie chirurgiczne raka piersi, a były pacjentkami Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach. Do analizy statystycznej wykorzystano prawidłowo wypełnione kwestionariusze pochodzące od 217 kobiet, tj. 81,9% badanych. Pozostałe pacjentki nie zwróciły otrzymanych ankiet.

Grupę kontrolną dla grupy badanej stanowiło 100 kobiet zdrowych, bez choroby onkologicznej i przeulekłej w wywiadzie oraz bez niepełnosprawności psychicznej i fizycznej. Grupę tę tworzyły studentki kierunku Pielęgniarstwo na Wydziale Nauk o Zdrowiu Akademii Świętokrzyskiej im. Jana Kochanowskiego w Kielcach oraz członkinie ich rodzin.

W toku badań wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego z zastosowaniem techniki ankietowania.

Oceny subiektywnego stanu funkcjonalnego w grupie badanej oraz kontrolnej dokonano za pomocą kwestionariusza *Functional Assessment Therapy Scale – Breast*, którego autorem jest D. F. Cella wraz ze współpracownikami. Uzyskano wyniki funkcjonowania w czterech podstawowych dziedzinach: stanu fizycznego (PWB), życia rodzinnego i towarzyskiego (SWB), stanu emocjonalnego (EWB), funkcjonowania w życiu codziennym (FWB), a po ich zsumowaniu wynik ogólny (FACT-G). Ocenie poddano także podskale raka sutka (BCS), ujmującą inne dolegliwości związane z chorobą, a następnie uzyskane wyniki dodano do wyniku ogólnego (FACT-G), otrzymując wynik globalny (FACT-B). Łącznie skala FACT-B zawiera 36 pytań. Badane kobiety mogły ocenić każde z pytań w zakresie od 0 do 4 punktów. Wynik ogólny skali FACT-G mógł osiągnąć zakres od 0 do 108 punktów. Dodanie wyników podskali raka piersi (uzyskanych w zakresie od 0 do 36 pkt) do skali FACT-G daje wynik całkowity skali FACT-B równy 144 punktom. Wyższe wyniki odzwierciedlają lepsze możliwości funkcjonalne [10, 11].

Do oceny nasilenia lęku i depresji zastosowano w badaniach skalę *The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* A. S. Zigmonda i R. P. Snaitha w adaptacji M. Majkowicza, K. de Walden-Gałuszko, G. Chojnackiej-Szawłowskiej i P. Magiery [12, 13]. Skala HADS składa się z dwóch niezależnych podskal mierzących poziom lęku i depresji. Każda z nich zawiera 7 stwierdzeń dotyczących aktualnego stanu badanego, które mogą być ocenione w zakresie od 0 do 3 punktów.

WYNIKI I OMÓWIENIE

Granice wiekowe w grupie kobiet po amputacji piersi to 28-81 lat, mediana – 55. W badanej grupie wykształcenie podstawowe posiadało 9,2% kobiet, zawodowe 15,7%, średnie 54,8%, a wyższe 20,3%. Wśród badanych przeważały kobiety zamężne (72,8%). Zdecydowana większość pacjentek (76%) zamieszkiwała miasto.

Tabela 1. Wyniki skali FACT-B w grupie pacjentek po mastektomii radykalnej i w grupie kobiet zdrowych

Skala FACT-B		Zakres punktacji	Grupa badana			Grupa kontrolna		
			Me	Q _I	Q _{III}	Me	Q _I	Q _{III}
PWB	Stan fizyczny	0-28	18,00	13,00	22,00	23,33	19,83	25,67
SWB	Życie rodzinne i towarzyskie	0-28	20,00	16,00	23,00	21,00	16,80	23,80
EWB	Stan emocjonalny	0-24	14,00	9,00	18,00	16,50	13,50	19,50
FWB	Funkcjonowanie w życiu codziennym	0-28	19,00	15,00	23,00	22,17	18,67	25,38
FACT-G		0-108	68,00	55,50	81,00	83,17	73,10	89,96
BCS	Podskala raka piersi	0-36	19,00	16,00	22,50	27,00	23,14	29,57
FACT-B		0-144	87,00	73,00	102,00	110,74	96,00	119,15

Skróty stosowane w tabeli: Me – mediana, Q_I – kwartył pierwszy, Q_{III} – kwartył trzeci

Tabela 2. Wartości współczynnika korelacji rang Spearmana między wynikami skali FACT-B a lękiem w grupie kobiet po mastektomii i zdrowych

FACT-B		Poziom lęku			
		Grupa badana		Grupa kontrolna	
		r _s	IS	r _s	IS
PWB	Stan fizyczny	-0,49	p<0,0001	-0,22	p<0,05
SWB	Życie rodzinne i towarzyskie	-0,25	p<0,001	-0,26	p<0,01
EWB	Stan emocjonalny	-0,69	p<0,0001	-0,42	p<0,0001
FWB	Funkcjonowanie w życiu codziennym	-0,52	p<0,0001	-0,43	p<0,0001
FACT-G		-0,66	p<0,0001	-0,44	p<0,0001
BCS	Podskala raka piersi	-0,54	p<0,0001	-0,44	p<0,0001
FACT-B		-0,69	p<0,0001	-0,46	p<0,0001

Skróty stosowane w tabeli: r_s – współczynnik korelacji rang Spearmana, IS – poziom istotności statystycznej

Tabela 3. Wartości współczynnika korelacji rang Spearmana między wynikami skali FACT-B a depresją w grupie kobiet po mastektomii i zdrowych

FACT-B		Poziom depresji			
		Grupa badana		Grupa kontrolna	
		r _s	IS	r _s	IS
PWB	Stan fizyczny	-0,49	p<0,0001	-0,29	p<0,01
SWB	Życie rodzinne i towarzyskie	-0,32	p<0,001	-0,37	p<0,001
EWB	Stan emocjonalny	-0,66	p<0,0001	-0,39	p<0,0001
FWB	Funkcjonowanie w życiu codziennym	-0,67	p<0,0001	-0,48	p<0,0001
FACT-G		-0,73	p<0,0001	-0,53	p<0,0001
BCS	Podskala raka piersi	-0,50	p<0,0001	-0,49	p<0,0001
FACT-B		-0,74	p<0,0001	-0,55	p<0,0001

Skróty stosowane w tabeli: r_s – współczynnik korelacji rang Spearmana, IS – poziom istotności statystycznej

Grupę kontrolną stanowiło 100 kobiet zdrowych, w wieku od 39 do 74 lat, mediana – 57. Poziom wykształcenia w grupie kobiet zdrowych przedstawiał się następująco: wykształcenie podstawowe i zasadnicze zawodowe posiadało łącznie 31% badanych, średnie – 52%, a wyższe – 17%. W związku małżeńskim pozostawało 64% badanych. Miejscem zamieszkania dla 72% było miasto, a dla 28% wieś.

W grupie badanej średnia wartość lęku w skali HADS wynosiła 9,58 punktu, odchylenie standardowe 4,58, wartość minimalna 1, maksymalna 21. W grupie kontrolnej wynik średni lęku wyniósł 7,36 punktu, odchylenie standardowe 3,12, wartość minimalna 0, a maksymalna 16.

Zakres ocen depresji w grupie kobiet po mastektomii zawierał się przedziale od 0 do 20 punktów, wartość średnia wyniosła 6,03, a odchylenie standardowe 4,13. W grupie kontrolnej wartości depresji zawierały się w przedziale od 0 do 13 punktów, średnia wartość wyniosła 4,95, odchylenie standardowe 2,76.

W tabeli 1 zaprezentowano wyniki stanu funkcjonalnego w grupie kobiet po mastektomii radykalnej oraz grupie kontrolnej uzyskane w ocenie skalą FACT-B. Zestawienie ocen w analizowanych grupach badawczych wskazuje na gorsze możliwości funkcjonalne pacjentek po amputacji piersi zarówno w wymiarze ogólnym, jak i globalnym, a także poszczególnych dziedzinach życia.

W toku prowadzonych analiz, zarówno w grupie pacjentek po mastektomii, jak i kobiet zdrowych, poszukiwano odpowiedzi na pytanie, czy wyniki stanu funkcjonalnego są uzależnione od poziomu lęku i depresji. W tym celu wyliczono korelacje pomiędzy wynikami uzyskanymi w skali FACT-B a wynikami lęku i depresji w skali HADS. Szczegółowe wyniki analizy statystycznej zawierają tabele 2 i 3.

Tabela 2 prezentuje wartości współczynnika korelacji rang Spearmana między wynikami skali FACT-B a lękiem w grupie kobiet po mastektomii i zdrowych.

W tabeli 3 zamieszczono wartości współczynnika korelacji rang Spearmana między wynikami skali FACT-B a depresją w grupie kobiet po mastektomii i zdrowych.

Zarówno w grupie kobiet po amputacji piersi, jak i kontrolnej, wykazano ujemne korelacje pomiędzy poziomem lęku i depresji a wartościami wskaźników ujmujących stan funkcjonalny w skali FACT-B. Wraz ze wzrostem poziomu lęku i depresji w grupach badawczych ulegało obniżeniu ogólne funkcjonowanie oraz wszystkie jego wymiary. Analogiczne zależności w grupie kobiet po mastektomii odnotowano we wcześniejszych pracach autorki [14], a także badaniach prowadzonych przez Stelcera na grupie pacjentów z chorobą nowotworową o różnej lokalizacji pierwotnej [15] oraz wśród chorych z rakiem jelita grubego i wylonioną

stomią [16]. W badaniach własnych wykazano jednak, że zależności pomiędzy lękiem i depresją a stanem fizycznym oraz życiem rodzinnym i towarzyskim były silniejsze w grupie kobiet po mastektomii niż w grupie kobiet zdrowych. Zgodnie z poglądem Baile'a, treść otrzymanych wyników w zakresie depresji można objaśnić następująco: nasiloną depresja prowadzi do wzmożonego odczuwania dolegliwości somatycznych, obniżenia motywacji do leczenia onkologicznego, braku apetytu i upośledzenia stanu odżywiania oraz zaburzeń snu, co pogarsza stan fizyczny. W dziedzinie życia rodzinnego i towarzyskiego podwyższony poziom depresji powoduje wzrost napięcia w rodzinie, zwiększoną pobudliwość emocjonalną oraz pesymistyczne wizje przyszłości [17]. Nasilenie lęku objawia się wskaźnikami fizjologicznymi, takimi jak: przyspieszone tętno i oddech, wzmożone napięcie mięśni, trudności w zasypianiu lub koszmarne sny, niekiedy wzrost ciśnienia [7].

Źródła lęku w sytuacji choroby nowotworowej wiążą się z poczuciem zagrożenia, utraty takich wartości, jak zdrowie, życie czy uroda. Należy jednak podkreślić, że stany lękowe mogą być również spowodowane przez czynniki pozapsychologiczne, a ściśle związane z chorobą i jej leczeniem. Wśród nich należy wymienić: ból, niedotlenienie mózgu, stosowane leki, takie jak: metoklopramid, eufilina, glikokortykosteroidy bądź nagłe odstawienie środka terapeutycznego, np.: pochodnych benzodiazepiny [18, 19].

Wzajemne zależności wykazane pomiędzy możliwościami funkcjonalnymi a nasileniem emocji repulsywnych w postaci lęku i depresji, zarówno w stanie zdrowia, jak i choroby, nakazują traktować człowieka w sposób holistyczny, zgodny z paradygmatem socjologicznym zdrowia. Sytuacja choroby, zwłaszcza nowotworowej, wymusza wgląd w sferę dolegliwości fizycznych pacjenta, ale również potrzebę doskonalenia umiejętności opieki psychospołecznej pracowników ochrony zdrowia, które dotyczą niesienia wsparcia emocjonalnego, umiejętności komunikowania się i podmiotowego traktowania podopiecznego w procesie leczniczo-pielęgnacyjnym.

WNIOSKI

1. Zarówno w grupie kobiet po amputacji piersi, jak i kontrolnej, wykazano istnienie związku o ujemnym kierunku asocjacji pomiędzy poziomem lęku i depresji a wartościami wskaźników ujmujących stan funkcjonalny w skali FACT-B. Wykazane korelacje ujemne oznaczają, że niższy poziom lęku i depresji zapewnia lepsze funkcjonowanie w obszarze życia codziennego, rodzinnego i towa-

rzyskiego, stanu fizycznego, emocjonalnego oraz w wymiarze ogólnym i globalnym.

2. Zanotowano również, że w sytuacji choroby nowotworowej i jej leczenia, negatywny wpływ lęku i depresji nasila się zwłaszcza w obszarze fizycznym oraz życia rodzinnego i towarzyskiego.
3. W świetle przeprowadzonych badań, w odniesieniu do grupy zawodowej pielęgniarek, nasuwa się konieczność rzetelnej realizacji funkcji zawodowych skoncentrowanych wokół podmiotu opieki, ale również dbałość o kształtowanie relacji terapeutycznych z pacjentem oraz stosowania zasad psychoterapii elementarnej.

PIŚMIENNICTWO

- [1] Jassem J. Leczenie systemowe po zabiegu operacyjnym. W: Rak sutka. Red. J Jassem. Springer PWN, Warszawa 1998; 252-266.
- [2] Baker C, Johnson N, Nelson J et al. Respective o reconstruction after mastectomy. *Am J Surg* 2002; 183: 562-565.
- [3] Barraclough J. Rak i emocje. Wydawnictwo Medyczne SANMEDICA, Warszawa 1995.
- [4] Holland JC. Psycho-oncology. Oxford University Press. New York, Oxford 1998
- [5] Jacobsen PB, Bovbjerg DH, Red WH. Anticipatory anxiety in women receiving chemotherapy for breast cancer. *Health Psychology* 1993; 12: 469-475.
- [6] Lasry J-CM, Margolese RG, Poisson R et al. Depression and body image following mastectomy and lumpectomy. *J Chron Dis* 1987; 40, 6: 529-534.
- [7] de Walden-Gałuszko K. Psychospołeczne aspekty raka sutka. W: Rak sutka. Red. J. Jassem. Springer PWN, Warszawa 1998; 377-391.
- [8] Lovenstone S, Fahy Th. Psychosocial factors in breast cancer. *Br Med J* 1991; 301: 1219-1220.
- [9] Kopczyńska-Tyszko A. Reakcje emocjonalne chorujących na nowotwór. W: Zmagając się z chorobą nowotworową. Red. D Kubacka-Jasiecka, W Łosiak. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999; 125-141.
- [10] Brady MJ, Cella DF, Mo F et al. Reliability and Validity of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast Quality-of-Life Instrument. *J Clin Oncol* 1997; 3, 15: 974-986.
- [11] Cella DF. Functional assessment of cancer therapy. Quality of life measurement system Center on Outcomes, Research, and Education, Evanston Northwestern Healthcare. <http://www.facit.org/6.08.2001>.
- [12] de Walden-Gałuszko K, Majkowicz M, Szawłowska-Chojnacka G i wsp. Jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową – badania własne. W: Jakość życia w chorobie nowotworowej. Red. K de Walden-Gałuszko, M Majkowicz. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994; 89-164.
- [13] de Walden-Gałuszko K, Majkowicz M. Model oceny jakości opieki paliatywnej realizowanej w warunkach stacjonarnych. Akademia Medyczna w Gdańsku, Gdańsk 2001.
- [14] Wrońska I, Stępień R, Kulik T. The Quality of Women's life after mastectomy in Poland. *Health Care Women Int* 2003; 24: 900-909.
- [15] Stelcer B. Jakość życia i integracja psychiczna. W: Jakość życia w naukach medycznych. Red. L Wołowicka. Akademia Medyczna im. Karola Marcinkiewicza w Poznaniu, Poznań 2001; 117-127.
- [16] Wrońska I, Wiraszka G. Jakość życia chorych z rakiem jelita grubego i wytworzonym sztucznym odbytem. *Psychoonkologia* 2003; 7, 2: 37-42.
- [17] Baile WF. Jakość życia i zaburzenia depresyjne u chorych na raka. W: Jakość życia w chorobie nowotworowej. Red. J Meyza. Centrum Onkologii Instytutu Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 1997; 167-182.
- [18] de Walden-Gałuszko K. Ból a depresja w teorii i praktyce. *Psychoonkologia* 2003; 7, 2: 25-29.
- [19] de Walden-Gałuszko K. Problemy psychiczne, duchowe i etyczne. W: Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej. Red. K de Walden-Gałuszko, A Kaptacz. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Renata Stępień
Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu UJK w Kielcach
25-317 Kielce, Al. IX Wieków Kielc 19
e-mail: renatas@pu.kielce.pl