

STRESZCZENIE

Przystosowanie do choroby nowotworowej a ryzyko wystąpienia depresji u kobiet z rakiem piersi

Wstęp. Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet na świecie i w Polsce. Wyniki leczenia tego nowotworu są nadal niezadowalające, a konsekwencje choroby i leczenia w znacznym stopniu utrudniają funkcjonowanie kobietom oraz ich rodzinom. Rozpoznanie choroby i kolejne etapy zmagania się z nią powodują występowanie dolegliwości fizycznych i psychicznych, w tym lęku, a nawet depresji, która jest zaburzeniem psychicznym i stanowi efekt interakcji czynników biologicznych, psychicznych oraz społecznych będących następstwem trudnych wydarzeń życiowych, a do takich należy rozpoznanie i leczenie raka piersi. Czynnikiem mogącym ułatwić funkcjonowanie i osiągnięcie zamierzonego efektu terapeutycznego u kobiet z rakiem piersi jest przystosowanie do choroby nowotworowej wyrażające się w procesach poznawczych i konkretnych zachowaniach pacjentek. Jest to proces, który może różnie przebiegać, w zależności od kondycji psychofizycznej i etapu leczenia. Akceptacja choroby natomiast jest wyrazem adaptacji pacjentki do warunków narzuconych przez chorobę i wyrażeniem zgody na zmiany w życiu wynikające z jej rozpoznania. Akceptacja umożliwia obiektywną ocenę własnej sytuacji zdrowotnej, świadome włączenie się kobiety z rakiem piersi w proces terapeutyczny oraz dobre przystosowanie do choroby nowotworowej.

Celem badań była ocena przystosowania do choroby nowotworowej oraz znaczenia poziomu przystosowania psychicznego do choroby i stopnia akceptacji choroby dla ryzyka wystąpienia depresji wśród pacjentek z rozpoznaniem raka piersi.

Materiał i metoda. Badania zostały przeprowadzone w okresie od 6 listopada 2021 roku do 30 kwietnia 2022 roku wśród 560 kobiet z rozpoznaniem raka piersi leczonych w Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym im. Ks. B. Markiewicza w Brzozowie – pacjentek Poradni Chirurgii Onkologicznej, Oddziału Chirurgii Onkologicznej, Oddziału Onkologii Klinicznej, Oddziału Dziennego Chemioterapii i Hematologii Onkologicznej, Zakładu Radioterapii oraz Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Piersi (BCU). Do analizy przyjęto 522 kompletnie wypełnione narzędzia badawcze. W procesie badawczym zastosowano metodę sondażu diagnostycznego i technikę ankiety oraz cztery narzędzia badawcze: Autorski Kwestionariusz Ankiety, Skalę Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej (Mini-MAC), Skalę Akceptacji Choroby (AIS) i Skalę Depresji Becka (BDI). Obliczenia statystycznie wykonano z użyciem pakietu statycznego Statistica v. 13.3. Dla wszystkich analiz weryfikację hipotezy zerowej prowadzono przy założonym poziomie istotności statystycznej $p \leq 0,05$.

Wyniki. Średnia wieku respondentek wyniosła 56,42 lata (Mdn = 58,00; SD = 11,70). W badanej grupie dominowały kobiety pozostające w związku małżeńskim (72,8%; N = 380), mieszkanki miast (60,2%; N = 314), ze średnim wykształceniem (43,5%; N = 227), pracujące zawodowo (53,7%; N = 287), deklarujące swoją sytuację ekonomiczną jako dobrą (49,0%;

N = 256). U blisko połowy respondentek (49,2%; N = 257) w momencie rozpoznania raka piersi był w stopniu zaawansowania T2, a u 23,0% (N = 120) w stopniu T3. U zdecydowanej większości badanych kobiet (82,4%; N = 430) jako metodę leczenia zastosowano chemioterapię, a 64,7% (N = 338) pacjentek było leczonych chirurgicznie. Przerzuty raka piersi wystąpiły u 39,8% (N = 208) respondentek. Najczęściej występującą reakcją kobiet na rozpoznanie raka piersi była rozpacz i smutek (48,7%; N = 254), natomiast osłabienie i zmęczenie to dolegliwość, zgłaszana przez zdecydowaną większość badanych (80,1%; N = 418). Z porad psychologa/psychoterapeuty skorzystała zaledwie co czwarta kobieta (25,7%; N = 134).

W przystosowaniu psychicznym do choroby nowotworowej dominował styl konstruktywny (M = 43,86; MdN = 44,00; SD = 4,56) nad stylem destrukcyjnym (M = 32,86; MdN = 34,00; SD = 7,25). W stylu konstruktywnym największa grupa respondentek (82,4%; N = 430) osiągnęła poziom przeciętny w skali Mini-MAC, a najmniejsza (3,1%; N = 16) poziom niski. Natomiast w stylu destrukcyjnym poziom przeciętny uzyskało 64,0% (N = 334) kobiet, a najmniej – 1,9% (N = 10) poziom wysoki. Najwyższa średnia została osiągnięta przez respondentki w strategii pozytywnego przewartościowania (M = 22,18; MdN = 22,0; SD = 2,61), niewiele niższa w strategii ducha walki (M = 21,68; MdN = 21,0; SD = 2,88). Natomiast najniższe nasilenie zachowań wystąpiło w strategii bezradność-beznadziejność (M = 14,62; MdN = 15,0; SD = 4,04), następnie w strategii zaabsorbowanie lękowe (M = 18,24; MdN = 19,0; SD = 3,85). Przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej w zakresie stylu destrukcyjnego zależało od: wieku ($p < 0,001$), stanu cywilnego ($p = 0,008$), wykształcenia ($p = 0,005$), źródła utrzymania ($p = 0,013$) i sytuacji ekonomicznej ($p = 0,002$) oraz otrzymanego wsparcia (od męża – $p = 0,001$, od rodziców – $p = 0,001$, od rodzeństwa – $p < 0,001$, od koleżanek/kolegów – $p < 0,001$), czasu od rozpoznania ($p = 0,009$), leczenia chemioterapią ($p = 0,001$), samooceny aktualnego stanu zdrowia ($p < 0,001$), stopnia akceptacji choroby ($p < 0,001$) oraz nasilenia objawów depresji ($p < 0,001$). W zakresie stylu konstruktywnego przystosowanie do choroby było zdeterminowane przez wsparcie (od męża – $p = 0,014$, od rodzeństwa – $p = 0,003$, od koleżanek/kolegów – $p = 0,044$), samoocenę aktualnego stanu zdrowia ($p < 0,001$), stopień akceptacji choroby ($p < 0,001$) oraz nasilenie objawów depresji ($p = 0,013$).

Średnia stopnia akceptacji choroby nowotworowej w skali AIS w badanej grupie kobiet wyniosła 25,15 (MdN = 27,0; SD = 7,94). Najwięcej badanych kobiet osiągnęło przeciętny stopień akceptacji choroby (62,3%; N = 325), znacznie mniej (22,0%; N = 115) niski, a najmniej (15,7%; N = 82) wysoki. Stopień akceptacji choroby zależał od: wieku ($p < 0,001$), wykształcenia ($p = 0,013$), zawodu ($p = 0,044$), źródła utrzymania ($p = 0,044$), stopnia zaawansowania nowotworu ($p < 0,001$), stosowania chemioterapii ($p < 0,001$), otrzymanego wsparcia ($p = 0,013$), samooceny stanu zdrowia ($p < 0,001$), stylu konstruktywnego ($p < 0,001$), stylu destrukcyjnego ($p < 0,001$) oraz nasilenia objawów depresji ($p < 0,001$).

Średnia wyniku zagrożenia depresją w skali BDI wyniosła 16,34 (MdN = 16,0; SD = 8,19), przy czym niemal połowa (47,3%; N = 247) respondentek osiągnęła wyniki wskazujące na łagodną depresję, 26,3% (N = 137) wyniki wskazujące na umiarkowaną depresję, a 6,7% (N = 34) wyniki sugerujące ciężką depresję. Zaledwie u co piątej badanej (19,7%; N = 103) uzyskane wyniki świadczyły o braku depresji. Nasilenie depresji zależało od: wieku ($p = 0,003$), wsparcia od rodziców ($p = 0,001$), wsparcia (od rodzeństwa – $p < 0,001$, od duchownego – $p = 0,010$, z Internetu – $p < 0,001$), czasu jaki upłynął od rozpoznania nowotworu ($p = 0,002$), rodzaju leczenia (chirurgiczne – $p = 0,013$, hormonalne – $p = 0,008$, chemioterapia – $p = 0,001$), samooceny aktualnego stanu zdrowia ($p = 0,003$), akceptacji choroby ($p < 0,001$) oraz od stylu przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej (styl destrukcyjny – $p < 0,001$, styl konstruktywny – $p = 0,013$).

Wystąpiła zależność istotna statystycznie pomiędzy akceptacją choroby, a stylami przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej ($p < 0,001$). Kobiety, które radziły sobie z chorobą w sposób konstruktywny miały wyższy stopień jej akceptacji, przy czym akceptacja choroby była w większym stopniu pod wpływem stylu destrukcyjnego, niż konstruktywnego. Stopień akceptacji choroby determinował nasilenie objawów depresji ($p < 0,001$). Gdy wzrastało natężenie objawów depresji, stopień akceptacji choroby obniżał się. U kobiet z wyższym poziomem stylu konstruktywnego stwierdzono istotnie mniejsze nasilenie objawów depresji ($p = 0,013$), natomiast u respondentek z wyższym poziomem stylu destrukcyjnego stwierdzono wyższe nasilenie objawów depresji ($p < 0,001$). Stopień akceptacji choroby nie miał wpływu na relację między stylami przystosowania do choroby, a nasileniem depresji. Styl konstruktywny stanowił niezależny czynnik protekcyjny wobec objawów depresji wśród kobiet z rakiem piersi, a styl destrukcyjny był niezależnym czynnikiem sprzyjającym występowaniu objawów depresji.

Wnioski. Wśród kobiet z rakiem piersi dominował konstruktywny styl zmagania się z chorobą ze strategią pozytywnego przewartościowania i ducha walki, a średnia wartość ogólnego wskaźnika w skali AIS świadczyła o przeciętnym stopniu akceptacji choroby. Kobiety w zdecydowanej większości narażone były na ryzyko wystąpienia depresji. Respondentki stosujące konstruktywny styl radzenia sobie z chorobą prezentowały wyższy stopień jej akceptacji, a te kobiety, które radziły sobie z chorobą w sposób destrukcyjny, cechował niższy stopień jej akceptacji. Akceptacja choroby była bardziej pod wpływem stylu destrukcyjnego, niż konstruktywnego. Wraz ze wzrostem nasilenia odczuwanych objawów depresji, zmniejszał się stopień akceptacji choroby. Jednak na relacje między stylem konstruktywnym i stylem destrukcyjnym, a nasileniem objawów depresji nie miał wpływu stopień akceptacji choroby. Styl konstruktywny był niezależnym czynnikiem protekcyjnym wobec objawów depresji, natomiast styl destrukcyjny był niezależnym czynnikiem sprzyjającym występowaniu objawów depresji u kobiet z rakiem piersi. Ocena przystosowania do choroby nowotworowej oraz ryzyka wystąpienia depresji u kobiet z rakiem piersi jest podstawą do diagnozowania sytuacji zdrowotnej kobiet i planowania interwencji tak, aby

zapewnić jak najlepsze funkcjonowanie biopsychospołeczne kobiet. Należy motywować pacjentki do radzenia sobie z chorobą w sposób konstruktywny, ponieważ takie podejście sprawia, iż proces leczenia ma większe szanse na powodzenie, a w sytuacji skutków ubocznych pacjentki łatwiej radzą sobie z problemami. Kobieta, która w sposób konstruktywny radzi sobie z chorobą, łatwiej koncentruje się na określonym zadaniu i jest pacjentką dobrze współpracującą z zespołem terapeutycznym oraz chętniej aktywnie włącza się w proces leczenia.

Słowa kluczowe: rak piersi, przystosowanie psychiczne, akceptacja choroby, depresja.