

# KONTROLA EMOCJI U PACJENTÓW Z NOWOTWOREM GRUCZOŁU PIERSIOWEGO. ROLA WSPARCIA SPOŁECZNEGO

## Subjective sense of emotion control in breast cancer patients. The role of social support

Jolanta Glińska<sup>1</sup>, Barbara Krzemińska<sup>2</sup>, Małgorzata Lewandowska<sup>1</sup>, Renata Miller<sup>1</sup>, Adam Dziki<sup>3,4</sup>, Łukasz Dziki<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Zakład Teorii Pielęgniarstwa i Umiejętności w Pielęgniarstwie, Katedra Nauczania Pielęgniarstwa, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

<sup>2</sup>studentka studiów drugiego stopnia Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

<sup>3</sup>Katedra Chirurgii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

<sup>4</sup>Klinika Koloproktologii i Chirurgii Ogólnej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 5 w Łodzi Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2014; 1: 41–47

Praca wstępna: 19.11.2013; przyjęto do druku: 7.02.2014

Adres do korespondencji:

dr n. med. **Jolanta Glińska**, Zakład Teorii Pielęgniarstwa i Umiejętności w Pielęgniarstwie, Katedra Nauczania Pielęgniarstwa, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, ul. Wici 2/10, 91-150 Łódź, e-mail: jolanta.glinska@umed.lodz.pl

### Streszczenie

**Wstęp:** Diagnoza raka piersi wzbudza u każdego człowieka poczucie potencjalnego zagrożenia, które jest przyczyną rozwoju najbardziej naturalnego odruchu obronnego ze strony sfery psychicznej – tłumienia emocji. Ten często nieświadomy mechanizm wyparcia, jak wskazuje szereg badań, ma szkodliwy wpływ na funkcjonowanie człowieka we wszystkich sferach życia. Dlatego też pomiar ekspresji emocji wydaje się zagadnieniem centralnym, gdyż im głębiej schowamy je do wnętrza samego siebie, tym bardziej będą one wpływać na naszą jakość życia. Tłumienie emocji może być wskaźnikiem nieradzenia sobie z nowym wyzwaniem, co wymaga pomocy ze strony innych ludzi.

**Cel pracy:** Pomiar poziomu kontroli emocji negatywnych oraz zapotrzebowania na wsparcie społeczne kobiet z rakiem piersi.

**Materiał i metody:** Badania przeprowadzono wśród 100 pacjentek z nowotworem gruczołu piersiowego. W pracy posłużono się *Skalą kontroli emocji (Courtauld Emotional Control Scale – CECS)*. Uzyskane dane analizowano z użyciem testu Fishera.

**Wyniki:** Większość badanych osób cechuje dosyć wysoki ogólny wskaźnik kontroli emocji, co nasila się z wiekiem. Zaobserwowano nasilenie tłumienia emocji w skali gniewu w każdym okresie choroby. Status rodzinny jest czynnikiem różnicującym głównie kontrolę lęku. Osoby mieszkające z rodziną wykazują większe tendencje do tłumienia tego uczucia. Ponad 60% badanych poszukiwało wsparcia społecznego przede wszystkim w pierwszym okresie – rozpoznania choroby.

**Wnioski:** Wraz z wiekiem wzrasta kontrola emocji, zwłaszcza depresji i lęku. Nie ujawniono zróżnicowania tłumienia negatywnych emocji ze względu na miejsce zamieszkania i poziom wykształcenia. Status rodzinny jest czynnikiem różnicującym głównie kontrolę lęku. Tłumienie gniewu wzrasta wraz z okresem choroby. Ponad połowa respondentek oczekuje wsparcia społecznego.

**Słowa kluczowe:** rak piersi, grupy wsparcia, emocje.

### Summary

**Background:** Breast cancer diagnosis causes a potential threat that triggers a natural defense reflex of psychological sphere – emotion suppression. A number of studies have revealed that such unnoticeable suppression mechanism has a destructive influence on human functioning in all life spheres. Thus, measuring of suppression expression seems to be a key issue. Emotion suppression might be an indicator of not coping with a new challenge and it requires support from other people.

**Aim of the study:** To measure the emotion control indicator and the need for social support.

**Material and methods:** The study was performed among 100 breast cancer patients using Courtauld Emotional Control Scale (CECS). The data obtained in the study were analyzed by Fisher test.

**Results:** Results of the study have shown that most patients have a relatively high emotion control indicator, which increases with patients' age. Higher emotion repression in anger scale was noticeable at each stage of the disease. Family status differentiates mainly the anxiety control. In addition, patients who live with a family show a higher tendency to repress the anxiety. More than 60% of the patients indicate the need for social support particularly at the time of diagnosis.

**Conclusions:** Women show greater emotion suppression (i.e. anxiety and depression). The subjective sense of emotion control, particularly depression and anxiety, increases with the age. Anger suppression is present at all stages of the disease and is common in both economically active and retired patients. A correlation between the social status and the need for social support is statistically significant. Patients who are economically active have a lower demand for social support.

**Key words:** breast cancer, support groups, emotions.

## Wstęp

Nowotwór gruczołu piersiowego jest jedną z najczęściej występujących postaci nowotworów złośliwych u kobiet. Współcześni badacze przedmiotowego problemu w swoich opracowaniach naukowych wskazują na widoczne różnice w częstości jego występowania w różnych miejscach świata. Najczęściej jest on diagnozowany u kobiet w krajach Europy Zachodniej i Ameryki Północnej, zdecydowanie rzadziej stwierdza się go natomiast w krajach Europy Wschodniej, Azji Południowo-Wschodniej oraz wśród czarnej populacji zamieszkującej tereny Afryki Środkowej. Według Krajowego Rejestru Nowotworów w Polsce co roku odnotowuje się ok. 14 500 nowych przypadków zachorowania [1]. Na podstawie danych projektu GLOBOCAN, nad którym patronat objęła Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem, stwierdzono, że tempo wzrostu wskaźników zachorowalności na raka piersi wynosi ok. 0,5% rocznie [2]. Wskazana prognoza ukazuje, jak poważnym problemem jest rak piersi. Zarówno rozpoznanie choroby, jak i jej leczenie, najczęściej o charakterze okaleczającym, w powszechnym odbiorze społecznym wzbudza lęk, gniew, poczucie bezradności i zagrożenia [3]. Taka postawa wynika często z rozbudowanej w niewłaściwym kierunku wyobraźni lub niewiedzy [4]. W tej sytuacji jakość życia kobiety w znacznej mierze ulega obniżeniu we wszystkich sferach życia [5, 6]. Dlatego też współczesna onkologia uznaje jakość życia pacjentów leczonych z powodu choroby nowotworowej za bardzo istotny wskaźnik skuteczności leczenia, a o jakości życia konkretnego chorego ma decydować umiejętność dokonywania przewartościowań w systemie przekonań, życiowych celów i dążeń. Radzenie sobie ze stresem i nauczenie się funkcjonowania w nowych warunkach wymaga wytworzenia mechanizmów przystosowawczych w psychice pacjenta [7]. Naturalnym odruchem każdego człowieka, który znalazł się w obcej dla siebie sytuacji – sytuacji zagrożenia i stresu życiowego, a zwłaszcza sytuacji kryzysowej – jest poszukiwanie wsparcia społecznego. *Nadzieja przychodzi do człowieka wraz z drugim człowiekiem* – te słowa włoskiego poety i filozofa Dantego Alighieri najtrafniej odzwierciedlają istotę wszystkich działań podejmowanych wobec osób z chorobą nowotworową, zmierzających do poprawienia ich jakości życia. Najbardziej naturalnym odruchem obronnym sfery psychicznej każdego człowieka w chwili potencjalnego zagrożenia jest tłumienie emocji, co – jak wynika z licznych badań naukowych – ma niewątpliwie negatywny wpływ na funkcjonowanie człowieka we wszystkich sferach jego życia [8–10]. Umiejętność emocjonalnej ekspresji uznawana jest za jeden ze sposobów radzenia sobie w sytuacjach trudnych. W kontekście wielu doniesień naukowych pomiar ekspresji emocji nabiera więc szczególnej wartości i wchodzi w zakres koniecznych ogniw procesu diagnostycznego [10, 11].

Dlatego też w pracy podjęto się zbadania wskaźnika kontroli emocji u kobiet z rakiem piersi.

## Cel pracy

Pomiar poziomu kontroli emocji negatywnych oraz zapotrzebowania na wsparcie społeczne kobiet z rakiem piersi.

## Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród 100 pacjentek chorujących na nowotwór gruczołu piersiowego, w różnym okresie zachorowania, hospitalizowanych w 2012 r. na Oddziale Chemioterapii i Opieki Paliatywnej, Oddziale Chorób Rozrostowych oraz Oddziale Chirurgii Onkologicznej w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Mikołaja Kopernika w Łodzi. Przedział wiekowy badanej grupy wynosił od 19 do 72 lat. Średnia wieku wynosiła 48,65 roku (SD 4,52).

W pracy posłużono się *Skalą kontroli emocji (Cortauld Emotional Control Scale – CECS)* opracowaną przez M. Watsona i S. Greer, w adaptacji Z. Luczyńskiego. Skala zawiera 21 stwierdzeń badających subiektywną kontrolę w sytuacjach trudnych trzech podstawowych emocji: gniewu, depresji i lęku, oraz trzy podskale, z których każda zawiera siedem sformułowań wyrażających formy tłumienia emocji. Badany określał częstość występowania emocji poprzez wyrażanie ich za pomocą 4-stopniowej skali: od „prawie nigdy” (1 punkt) do „prawie zawsze” (4 punkty). Ogólny wskaźnik kontroli emocji mieści się w granicach od 21 do 84 punktów. Im wyższy wynik, tym większe tłumienie negatywnych emocji. Uzyskane dane analizowano z użyciem testu Fishera oraz  $\chi^2$  Pearsona.

## Wyniki

Najliczniejszą grupę (59%) stanowiły kobiety w przedziale wiekowym 40–59 lat, kolejna grupa to kobiety po 60. roku życia (24%). Odsetek osób poniżej 39. roku życia kształtował się na poziomie 17%. Wiek badanych nie wpływał na okres choroby, w jakim znajdowały się pacjentki (test  $\chi^2$  Pearsona = 13,4234, poziom istotności  $p = 0,14438$ ). Najwięcej kobiet, bo 37%, było w okresie leczenia uzupełniającego, w trakcie diagnostyki było 6 osób, przed zabiegiem chirurgicznym 29, a po operacji 28 osób. Większość respondentek (39) miała wykształcenie średnie, wyższe miało 30 osób, zasadnicze 19 kobiet, a podstawowe 12. Większość badanych (84 osoby) zamieszkiwała tereny miejskie. Prawie połowa respondentek (49%) to osoby aktywne zawodowo, natomiast 45% (w wieku 60 lat i powyżej) jest na rencie lub eme-

ryturze. Analiza statystyczna wykazała istotną zależność statystyczną pomiędzy okresem choroby a aktywnością zawodową kobiet (test  $\chi^2$  Pearsona = 30,8033, poziom istotności  $p = 0,00032$ ), co oznacza, że okres choroby, w którym znajdują się pacjentki, ma znaczny wpływ na przebieg życia zawodowego badanych kobiet. W pierwszych trzech etapach leczenia 42 na 47 kobiet była aktywna zawodowo, stosunek ten zmienia się w okresie leczenia uzupełniającego chemio- lub radioterapią, gdzie 28 na 45 kobiet jest na emeryturze lub rencie chorobowej.

Wiek jest czynnikiem różnicującym kontrolę emocji: z wiekiem nasila się łączny wskaźnik kontroli emocji

( $p < 0,05$ ). Osoby starsze przejawiają większą tendencję do tłumienia emocji. Nie stwierdzono natomiast zróżnicowania kontroli gniewu – w skali depresji i lęku zróżnicowanie jest na poziomie istotności 0,1 (tab. 1.).

Wykształcenie nie jest czynnikiem różnicującym kontrolę emocji we wszystkich badanych aspektach (tab. 2.).

Nie wykazano zależności statystycznej pomiędzy miejscem zamieszkania a stanem emocjonalnym badanych (tab. 3.).

W okresie diagnostyki, po operacji oraz podczas leczenia uzupełniającego nasila się tłumienie emocji w skali gniewu. Nie stwierdzono zróżnicowania w łącz-

**Tabela 1.** Wskaźnik kontroli emocji a wiek

Wiek	Kontrola								
	wskaźnik ogólny			gniewu		depresji		lęku	
	N	średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD
poniżej 20 lat	1	38,0	0	13,0	0	14,0	0	11,0	0
20–39 lat	16	49,9	9,17	15,6	5,35	16,9	3,59	17,5	3,74
40–59 lat	59	56,9	11,94	18,1	5,17	19,4	4,88	19,4	4,69
powyżej 60 lat	24	58,1	9,34	18,3	5,45	19,9	3,56	19,9	3,92
analiza statystyczna	F = 2,93			F = 1,34		F = 2,16		F = 2,20	
	$p = 0,037$			$p = 0,266$		$p = 0,098$		$p = 0,093$	

**Tabela 2.** Wskaźnik kontroli emocji a poziom wykształcenia

Wykształcenie	Wskaźnik ogólny			Gniewu		Depresji		Lęku	
	N	średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD
podstawowe	12	57,9	10,59	18,8	6,01	20,6	3,63	18,5	3,87
zasadnicze	19	60,1	11,27	19,2	4,73	20,6	4,34	20,3	3,84
średnie	39	54,3	11,85	17,1	5,63	18,4	4,79	18,8	4,99
wyższe	30	54,4	10,51	17,0	4,86	18,4	4,29	19,1	4,36
analiza statystyczna	F = 1,44			F = 1,01		F = 1,76		F = 0,60	
	$p = 0,236$			$p = 0,394$		$p = 0,160$		$p = 0,619$	

**Tabela 3.** Wskaźnik kontroli emocji a miejsce zamieszkania

Miejsce zamieszkania	Wskaźnik ogólny			Gniewu		Depresji		Lęku	
	N	średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD
miasto > 0,5 mln	35	54,7	10,66	17,2	4,87	18,3	4,55	19,3	4,12
miasto 0,01–0,5 mln	32	58,6	10,47	18,6	5,40	20,2	3,98	19,8	4,42
miasto < 0,01 mln	17	55,9	12,14	18,5	5,06	20,1	5,01	17,3	4,82
wieś	16	53,0	13,07	16,0	6,13	17,6	4,34	19,4	4,73
analiza statystyczna	F = 1,08			F = 1,11		F = 1,94		F = 1,26	
	$p = 0,360$			$p = 0,348$		$p = 0,129$		$p = 0,294$	

nym wskaźniku kontroli emocji ani w skali depresji, ani w skali lęku (tab. 4.).

Status zawodowy jest czynnikiem różnicującym kontrolę emocji: wskaźnik ogólny jest na poziomie 0,1, z kolei w skali gniewu na poziomie 0,05. Tłumienie gniewu wzrasta u osób pracujących oraz emerytów i rencistów. Nie zaobserwowano zróżnicowania w skali depresji i lęku (tab. 5.).

Status rodzinny jest czynnikiem różnicującym kontrolę lęku na poziomie 0,1. Osoby mieszkające z rodziną bardziej tłumią kontrolę lęku (tab. 6.).

W dalszej części pracy analizie poddano zapotrzebowanie na wsparcie społeczne.

Wśród ankietowanych 68% kobiet oczekiwało wsparcia społecznego. Blisko połowa respondentek (44,1%) oczekiwała go w okresie rozpoznawania choroby (ryc. 1.).

W grupie 80 kobiet, które udzieliły odpowiedzi na to pytanie, zdaniem większości respondentek do-

minującym źródłem wsparcia powinna być rodzina (ryc. 2.).

W badaniach wykazano także istotny związek statystyczny (test  $\chi^2$  Pearsona = 14,91, poziom istotności  $p < 0,05$ ) między statusem społecznym badanych kobiet a wsparciem społecznym. Oznacza to, że respondenci pracujące zawodowo w znacznie mniejszym stopniu oczekują wsparcia społecznego niż kobiety będące na rencie czy emeryturze.

## Omówienie wyników

Nowotwór piersi powoduje szereg negatywnych skutków w wielu aspektach życia. Pacjenci narażeni są na silny uraz psychiczny związany z samą istotą zabiegu chirurgicznego, jak i zmianą wyglądu ciała. Reakcje na diagnozę raka piersi są zróżnicowane i pociągają za

Tabela 4. Wskaźnik kontroli emocji a okres choroby

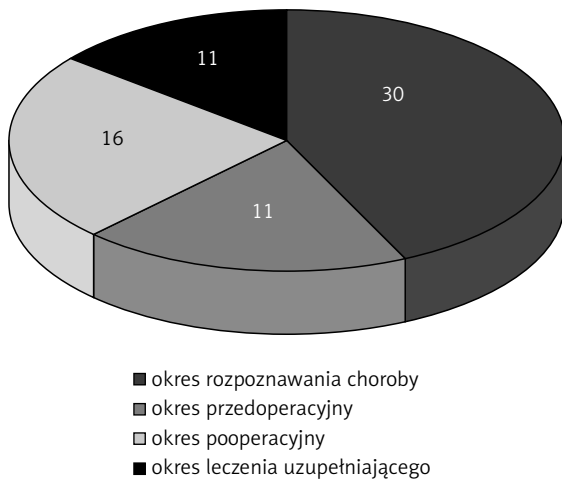
Okres choroby	Wskaźnik ogólny			Gniewu		Depresji		Lęku	
	N	średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD
diagnostyka	6	56,5	5,54	16,2	4,36	20,5	2,51	19,8	1,60
przed operacją	29	52,6	8,10	15,2	4,36	18,7	3,79	18,7	4,27
po operacji	28	55,2	13,19	17,8	6,23	18,4	5,36	19,0	5,07
leczenie uzupełniające	37	58,8	12,11	19,8	4,55	19,6	4,55	19,4	4,53
analiza statystyczna	F = 1,70			F = 4,69		F = 0,62		F = 0,18	
	p = 0,173			p = <b>0,004</b>		p = 0,601		p = 0,912	

Tabela 5. Wskaźnik kontroli emocji a status zawodowy

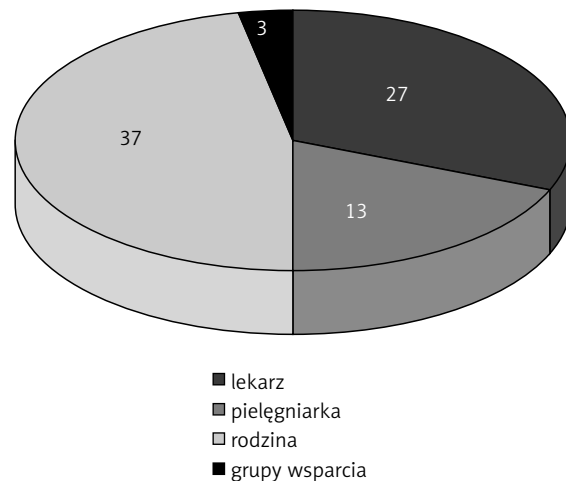
Aktywność zawodowa	Wskaźnik ogólny			Gniewu		Depresji		Lęku	
	N	średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD
pracująca	49	54,0	11,88	16,6	5,07	18,5	5,03	18,8	4,74
studiująca	3	48,7	1,15	12,0	3,46	16,0	1,73	20,7	6,35
bezrobotna	3	50,0	5,20	15,7	4,04	20,0	1,73	14,3	2,89
rencista/emeryt	45	58,8	10,60	19,3	5,22	19,8	3,98	19,7	3,97
Analiza statystyczna	F = 2,24			F = 3,70		F = 1,12		F = 1,63	
	p = 0,089			p = <b>0,014</b>		p = 0,343		p = 0,189	

Tabela 6. Wskaźnik kontroli emocji a status rodzinny

Status rodzinny	Wskaźnik ogólny			Gniewu		Depresji		Lęku	
	N	średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD
samotna	11	58,7	8,58	20,4	4,72	19,5	3,62	18,9	3,02
z rodziną	89	55,5	11,56	17,3	5,29	19,0	4,60	19,2	4,61
analiza statystyczna	F = 0,09			F = 0,03		F = 0,80		F = 3,27	
	p = 0,759			p = 0,863		p = 0,374		p = <b>0,074</b>	



Ryc. 1. Oczekiwanie wsparcia społecznego a okres choroby



Ryc. 2. Preferowane źródła wsparcia w opinii respondentów

sobą wiele negatywnych zachowań: od paraliżującego strachu, gniewu, zagrożenia i paniki po głębokie odcięcie się od świata. Dużym, a może największym, przeżyciem dla kobiety jest amputacja piersi, która wiąże się z utratą atrybutu kobiecości i macierzyństwa. Duży odsetek kobiet nie akceptuje zmian w obrazie własnego ciała. Często też chore obawiają się odrzucenia przez najbliższe otoczenie, co może stanowić przyczynę wycofywania się z aktywnego życia zawodowego i rodzinnego [12]. Okaleczenie to jest znaczącym źródłem głębokiego załamania psychicznego oraz często braku wsparcia ze strony rodziny i partnera [13]. Najczęstsze zaburzenia w sferze psychicznej odnoszą się do zaburzeń dezadaptacyjnych, depresji i zaburzeń lękowych [14]. W badaniach Barnas jedynie 51,7% kobiet uznało obszar funkcjonowania emocjonalnego za prawidłowy. Duży odsetek kobiet odczuwa osamotnienie oraz tzw. syndrom pustego gniazda [15, 16]. Według Czubalskiego choroba nowotworowa wywiera szczególny wpływ na stan psychiczny pacjenta, wywołując depresję [17]. Podobne refleksje wysuwa de Walden-Gałuszeko, zdaniem której nawet u 40% całej populacji chorych onkologicznie występuje depresja jako odpowiedź na zaburzenie poczucia bezpieczeństwa, utratę kontroli nad własnym życiem i zdrowiem oraz zmianę wyglądu ciała [14]. Wysoki stopień depresji wśród kobiet chorych na raka piersi wykazały również badania przeprowadzone w Nigerii [18]. Drugą, bardzo częstą reakcją, od momentu diagnozowania i przez cały okres leczenia, jest lęk, pojawiający się jako odpowiedź na zagrożenie biologiczne i społeczne [14, 19]. Osoby z chorobą nowotworową piersi mogą w znaczący sposób różnić się pod względem odczuwanego lęku i depresji, głównie poprzez rosnące zróżnicowanie poziomu tych emocji. Jednak liczne badania wskazują, że u dominującej (ponad 90%) grupy kobiet z rakiem piersi pojawiają się te objawy [20]. Kolejnym stanem zakłócającym równowagę psychiczną może być gniew, rodzący agresję wo-

bec siebie i otoczenia. Jednakże, jak mówią niektórzy badacze przedmiotu, właściwie wykorzystany może być źródłem energii i aktywności, co daje siłę do walki z chorobą [21, 22]. Wielu autorów podkreśla rolę emocji oraz umiejętności ich kontrolowania i uzewnętrzniania w procesie zmagania się z traumatycznymi wydarzeniami życiowymi. Akcentują oni konieczność oceny takich stanów, jak: lęk, depresja, gniew, które w istotny sposób wpływają na obniżenie jakości życia [23]. Biorąc pod uwagę powyższe fakty, w niniejszej pracy zwrócono uwagę na wyjątkowy charakter obszaru psychicznego. W pracy analizowano tłumienie emocji, co zdaniem wielu autorów jest przyczyną utrzymywania się długotrwałego napięcia emocjonalnego [10]. Tłumienie emocji jako odruch obronny człowieka ma bardzo niekorzystny wpływ na psychikę. W badaniach własnych wykazano, że najbardziej znaczącym czynnikiem w tłumieniu negatywnych emocji okazał się wiek. Wraz z wiekiem nasila się łączny wskaźnik kontroli emocji ( $p < 0,01$ ), co zdaniem Jarosza może być sygnałem budzącym niepokój w zakresie nieumiejętności komunikowania swoich uczuć [24]. Osoby starsze wykazują większą tendencję w zakresie tłumienia depresji i lęku ( $p < 0,1$ ), co z kolei może być źródłem negatywnych nastrojów i zaburzeń psychosomatycznych [24, 25]. Nie zaobserwowano zróżnicowania kontroli gniewu. Wyniki uzyskane w badaniach są porównywalne z przedstawionymi w pracach innych autorów, którzy podkreślają większą kontrolę emocji u osób w wieku starszym [6, 7]. Warto także zauważyć, że według wielu autorów to od okresu choroby zależą objawy emocjonalne, których doświadczają kobiety z nowotworem piersi: od szoku i niedowierzania w chwili rozpoznania do lęku w trakcie leczenia oraz przed nawrotem choroby [5, 26, 27]. Negatywna reakcja na rozpoznanie nowotworu może wystąpić zarówno na początku choroby, jak i przed leczeniem oraz jego zakończeniu. Badania skali depresji w różnych okresach choroby wskazują, że kobiety, któ-

re przez dłuższy czas doświadczają tego uczucia, mają gorsze i dłuższe okresy przystosowania się do choroby oraz życia społecznego [28]. W badaniach własnych stwierdzono, że w zależności od okresu choroby i leczenia nasila się tłumienie emocji w skali gniewu. Nie odnotowano natomiast różnic w tęcznym wskaźniku kontroli emocji oraz w skali depresji i lęku. Wyniki te nie potwierdzają założeń Chojnickiej-Szawłowskiej, według której pacjenci z dłuższym „stażem chorobowym” mają więcej doświadczeń w walce z chorobą i dzięki temu mogą bardziej zadaniowo i mniej emocjonalnie radzić sobie ze stresem wynikającym z niedogodności spowodowanych chorobą [29]. Tłumienie emocji w skali gniewu może oznaczać wzrost poziomu depresji, a ta – jak pokazują liczne badania – wywołuje poczucie dyskomfortu zarówno w sferze psychicznej, jak i fizycznej, a w połączeniu z lękiem jest uznawana za kluczowy psychologiczny czynnik patogenetyczny zjawiska somatyzacji [30, 31]. Analiza wyników badań pokazała, że status zawodowy i rodzinny jest czynnikiem różnicującym kontrolę emocji. U osób pracujących oraz emerytów i rencistów stwierdzono wzrost tłumienia gniewu. Wzrost kontroli tłumienia lęku zaobserwowano u osób mieszkających z rodziną ( $p < 0,1$ ). Odmienne spostrzeżenia mieli autorzy badający powyższe zagadnienia u chorych na białaczkę. W tej grupie to samotność i brak bliskich potęgowały tłumienie lęku, a obojętny stosunek rodziny do chorego i jego stanu wywoływał tłumienie strachu [10].

Dokonując ogólnego podsumowania uzyskanych wyników badań, można stwierdzić, iż badane osoby cechuje dosyć wysoki ogólny wskaźnik kontroli emocji (powyżej 50 punktów), a co za tym idzie – dość duże tłumienie negatywnych emocji. Problem werbalizowania negatywnych emocji przez pacjentów z chorobami onkologicznymi podkreślano w podobnych badaniach przeprowadzonych przez de Walden-Gałaszko [14]. Nieumiejętność emocjonalnej ekspresji emocji oraz proces ich kumulowania wpływa z pewnością na funkcjonowanie społeczne. Powstaje zatem problem umiejętności radzenia sobie z ekspresją własnych emocji. Celowe zatem byłoby objęcie tej grupy chorych szczególną opieką. Analizując wyniki badań własnych, można stwierdzić, że większość badanych osób ujawnia skłonność do hamowania emocji, co może oznaczać, że pacjenci nie radzą sobie z nowym wyzwaniem i wymagają pomocy ze strony innych ludzi. Ponad połowa (68%) badanych poszukiwała wsparcia społecznego, w tym 44,1% oczekiwało go głównie w pierwszym okresie – rozpoznania choroby. Jego głównym źródłem, zdaniem respondentów, powinna być rodzina. Poszukiwanie wsparcia jest powiązane przede wszystkim z dostrzeganiem nowych możliwości w życiu oraz polepszeniem interakcji z innymi. Niesie za sobą możliwość ekspresji negatywnych emocji i pomocy [27]. Pomimo że wsparcie społeczne jest jednym z najlepiej poznanych zasobów odporności

na tak trudne sytuacje, to może mieć również drugie oblicze – szkodzić. To, co wszystkim wydaje się najbardziej optymalną formą pomocy, niekoniecznie musi być tak odbierane przez osobę potrzebującą. Niestety, dobre intencje to za mało. Jeśli chcemy, by wsparcie społeczne miało pozytywny wpływ, warto uzyskać w tym zakresie niezbędną wiedzę. Wsparcie społeczne jest najbardziej efektywne, jeśli zostanie dopasowane do potrzeb jego odbiorcy i przynosi mu zadowolenie. Przede wszystkim powinniśmy zostawić choremu możliwość stanowienia o sobie oraz traktować go tak, by nie czuł się gorszy. Zbyt częste wykonywanie wielu czynności za chorego może pogłębiać w nim poczucie zależności, bezwartościowości oraz przyczyniać się do inwalidztwa osoby zmagającej się z rakiem. Może również obniżyć samoocenę [32]. Mimo postępu w leczeniu chorób onkologicznych dla wielu osób diagnoza nowotworu nadal oznacza skazanie na ból, cierpienie i bliską śmierć. Dlatego też istotną rolę odgrywają właściwa komunikacja oraz ilość i jakość przekazywanych informacji. Otwarta komunikacja, głównie w rodzinie, wiąże się ze zmniejszeniem poczucia zagrożenia [33]. W takim kontekście komunikację należy postrzegać jako element relacji terapeutycznej, odgrywającej podstawową rolę w psychoterapii elementarnej i będącej czynnikiem wspierającym działania o charakterze ściśle medycznym. Uzyskane wyniki podkreślają potrzebę jasnej i zdecydowanej interwencji w formie wsparcia emocjonalnego w celu zwiększenia umiejętności radzenia sobie ze stresem w sytuacji zagrożenia życia, jaką jest choroba nowotworowa piersi. Pozwoli to na optymalizację ukierunkowanej ingerencji w celu zapobiegania przewlekłemu stresowi i poprawy efektywności działań medycznych polepszających jakość życia. Wyniki mogą być wykorzystane do dostosowania pomocy w radzeniu sobie z negatywnymi emocjami, takimi jak lęk, depresja i gniew. Wiele badań wskazuje na potrzebę skutecznych interwencji dążących do mobilizacyjnego wykorzystania stanu psychicznego w zmaganiu się z chorobą w tym trudnym okresie przejściowym [5, 14]. Należy podkreślić także konieczność zwrócenia szczególnej uwagi na akceptowanie różnorodnych form wyrażania negatywnych emocji przez wszystkie grupy społeczne (głównie rodzinę), gdyż są one istotnymi regulatorami stosunków międzyludzkich.

## Wnioski

- Większość badanych kobiet wykazuje tendencję do tłumienia negatywnych emocji (gniewu, lęku, depresji).
- Wraz z wiekiem wzrasta kontrola emocji, zwłaszcza depresji i lęku.
- Nie ujawniono zróżnicowania tłumienia negatywnych emocji ze względu na miejsce zamieszkania i poziom wykształcenia.

4. Status rodzinny jest czynnikiem różnicującym głównie kontrolę lęku. Osoby mieszkające z rodziną wykazują większe tendencje do tłumienia tego uczucia.
5. Tłumienie gniewu wzrasta wraz z okresem choroby.
6. Dominująca grupa respondentek oczekuje wsparcia społecznego, głównie w okresie rozpoznania choroby.

### Piśmiennictwo

1. Jassem J, Krzakowski M, Bobek-Billewicz B i wsp. Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych. Rak piersi. Via Medica, Gdańsk 2011; 197.
2. Koper A. Pielęgniarstwo onkologiczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011; 49-65.
3. Rzepka K, Nowicki A. Zespół zmęczenia u chorych na raka piersi. Współczesna Onkol 2010; 14: 321-325.
4. De Walden-Gatuszko K. Psychoonkologia w praktyce klinicznej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011; 59, 139, 202.
5. Lengacher CA, Johnson-Mallard V, Post-White J, et al. Randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction (MBSR) for survivors of breast cancer. Psychooncology 2009; 18: 1261-1272.
6. Hulbert-Williams N, Neal R, Morrison V, et al. Anxiety, depression and quality of life after cancer diagnosis: what psychosocial variables best predict how patients adjust? Psychooncology 2012; 21: 857-867.
7. Kamińska A, Kurowska K. Skuteczność onkologiczna i najlepsza jakość życia. Mag Piel Położn 2008; 11: 34.
8. De Walden-Gatuszko K, Majkowicz M. Model oceny jakości opieki paliatywnej realizowanej w warunkach stacjonarnych. Wydawnictwo AMG, Gdańsk 2001.
9. Nowicki A, Kwasińska E, Rzepka K i wsp. Wpływ choroby na życie emocjonalne kobiet po operacji raka piersi zrzeszonych w klubach „Amazonka”. Annales Academiae Medicae Stetinensis. Rocznik Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie 2009; 55: 81-85.
10. Cieślak A, Marmurowska-Michałowska H. Poziom kontroli emocji u chorych na biataczki. Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, vol. LIX suppl. XIV65, Sectio D, Lublin 2004.
11. Sheridan Ch, Radmacher S. Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia. Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 1998.
12. Guglas N, Mackiewicz J, Pawlik P, Cichy W. Aspekty psychologiczne raka piersi u kobiet w okresie menopauzy. Prz Menopauz 2007; 1: 19-22.
13. Rzepka K, Nowicki A. Zespół zmęczenia u chorych na raka piersi. Współczesna Onkol 2010; 14: 321-325.
14. De Walden-Gatuszko K (red). Zaburzenia psychiczne w przebiegu choroby nowotworowej. Psychoonkologia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000.
15. Tomaszewska I. Psychologiczne aspekty depresji w chorobach nowotworowych. Psychooncology 2000; 7: 9-18.
16. Fredrickson BL. The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-build theory of positive emotions. Am Psychol 2001; 56: 218-226.
17. Czubański K. Psychosomatyczne aspekty choroby nowotworowej. Nowotwory 1988; 37: 204-209.
18. Popoola AO, Adewuya AO. Prevalence and correlates of depressive disorders in outpatients with breast cancer in Lagos, Nigeria. Psychooncology 2012; 21: 675-679.
19. Stankiewicz A, Radziwiłłowicz W, Bidzan M. Związek cech osobowości, depresyjności i lęku z przebiegiem leczenia kobiet z nowotworem piersi. Psychooncology 2011; 2: 48-54.
20. Nowicki A, Rządowska B. Depresja i lęk u chorych z nowotworami złośliwymi. Współczesna Onkol 2005; 9: 396-403.
21. Barnaś E, Skręt A, Skręt-Magierto J, Sobolewski M. Jakość życia kobiet z chorobą nowotworową piersi. Prz Menopauz 2009; 1: 15-19.
22. Nowicki A, Rządowska B. Depresja i lęk u chorych z nowotworami złośliwymi. Współczesna Onkol 2005; 9: 396-403.
23. Nadolska K, Sęk H. Społeczny kontekst odkrywania wiedzy o zasobach odpornościowych, czyli czym jest resilience i jak ono funkcjonuje. W: Kaczmarek Ł, Stysz A (red.). Bliżej serca – zdrowie i emocje. Wyd. UAM, Poznań 2007; 13-37.
24. Lis-Turlejska M. Psychologiczne następstwa skrajnie stresowych przeżyć. Nowiny Psychologiczne 1992; 2: 65-76.
25. Lam WW, Shing YT, Bonanno GA, et al. Distress trajectories at the first year diagnosis of breast cancer in relation to 6 years survivorship. Psychooncology 2012; 21: 90-99.
26. Ogińska-Bulik N. Rola prężności psychicznej w przystosowaniu się kobiet do choroby nowotworowej. Psychooncology 2011; 1: 16-24.
27. McGinty HL, Goldenberg JL, Jacobsen PB. Relationship of threat appraisal with coping appraisal to fear of cancer recurrence in breast cancer survivors. Psychooncology 2012; 21: 203-210.
28. Turuk-Nowakowska. Model pracy psychologa w klinice onkologicznej. Pol Tyg Lek 1993; 47: 23-24, 534-535.
29. Chojnacka-Szawłowska G. Rozpoznanie choroby nowotworowej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002; 140.
30. Mehnert A, Berg P, Henrich G, Herschbach P. Fear of cancer progression and cancer-related intrusive cognitions in breast cancer survivors. Psychooncology 2009; 18: 1273-1280.
31. Bennet P, Lowe R, Matthews V, et al. Stress in nurses: coping, managerial support and work demand. Stress Health 2001; 17: 55-63.
32. Lepore SJ, Glaser DB, Roberts KJ. On the positive relation between received social support and negative affect: a test of the triage and self-esteem threat models in women with breast cancer. Psychooncology 2008; 17: 1210-1215.
33. den Heijer M, Vos J, Seynaeve C, et al. The impact of social and personal resources on psychological distress in women at risk for hereditary breast cancer. Psychooncology 2012; 21: 153-160.