

Beata Antoszevska

Katedra Pedagogiki Specjalnej i Resocjalizacji
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie
ORCID: 0000-0001-5250-3337
<https://doi.org/10.26881/ndps.2023.48.02>

Ocena poziomu kontroli emocji u osób wyleczonych z choroby nowotworowej

Diagnoza i rozpoczęte leczenie onkologiczne wywołują wiele różnorodnych emocji, które trwale lub okresowo zmieniają dotychczasowy sposób funkcjonowania osoby chorej i jej bliskich. Intensywność zmian zależy od szeregu czynników, wśród których można wskazać nie tylko rodzaj nowotworu i podjętego leczenia, czas i powodzenie terapii onkologicznej, ale również czynniki indywidualne związane z wiekiem, płcią, osobowością oraz wsparciem uzyskanym (nie tylko, choć w szczególności) od najbliższych i profesjonalistów. Celem pracy była ocena poziomu kontroli emocji u osób wyleczonych z choroby nowotworowej. Główny problem badawczy sformułowano następująco: Jaki jest poziom kontroli emocji u osób wyleczonych z choroby nowotworowej i jakie znaczenie dla kształtowania się wyników w zakresie kontroli poziomu emocji mają zmienne socjodemograficzne oraz czas leczenia? Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem standaryzowanego narzędzia - Skali Kontroli Emocji, skonstruowanej przez M. Watson i S. Greera, w polskiej adaptacji Z. Juczyńskiego (2001). Zbadano 67 osób, które w dzieciństwie przeszły leczenie choroby nowotworowej. Najwyższe wyniki kontroli emocji uzyskano w skali lęku i w skali depresji, nieco niższy wynik ankietowani osiągnęli w skali gniewu.

Słowa kluczowe: choroba nowotworowa, emocje, Skala Kontroli Emocji

Assessment of the level of emotional control in cancer survivors

The diagnosis of cancer and the commenced treatment evoke many different emotions that permanently or periodically change the hitherto functioning of the sick person and his or her relatives. The intensity of changes depends on a number of factors, including not only the type of cancer and treatment undertaken as well as the duration and success of that treatment, but also individual factors related to age, gender, personality and the support obtained (not only, but especially) from relatives and professionals. The aim of this study was to assess the level of emotional control in cancer survivors. The main research problem was formulated as follows: What is the level of emotional control in cancer survivors and what is the significance of sociodemographic variables and treatment duration for emotional control? The research was conducted using a diagnostic survey method with the employment of a standardized tool - the Courtauld Emotional Control Scale (CECS), developed by M. Watson and S. Greer, and adapted to Polish by Z. Juczyński (2001). In total, 67 people who had undergone cancer treatment in childhood were examined. The highest scores in emotional control were obtained as regards anxiety and depression, while respondents achieved slightly lower scores as regards anger.

Key words: cancer, emotions, Courtauld Emotional Control Scale

Wprowadzenie

Dotychczas przeprowadzono wiele badań naukowych z udziałem osób chorych na nowotwory. Analizowano między innymi przeżywane emocje i sposoby radzenia sobie z nimi, podejmując badania w paradygmacie pozytywistycznym (np. Devarakonda i in. 2023; Herschbach i in. 2020; Yang i in. 2016; Firoozi i in. 2011; Grabińska i in. 2011; Ślubowska, Ślubowski 2008; Nowicki, Rządowska 2005). Zgłębiano też różnorodność i zmienność doświadczeń w perspektywie jakościowych analiz empirycznych (np. Wierciński 2015; Ulaniecka 2012; Zierkiewicz 2010). Istnieje także bogata literatura biograficzna ukazująca przeżycia chorych i ich bliskich (np. Witkowicz-Matolicz 2018; Pogrebin 2016; Espinosa 2015; Hitchens 2013; Andrzejewski 2012; Mucharski, Durczok 2005; Salmon 2002). Dostępny materiał jasno wskazuje, że chorym z diagnozą choroby onkologicznej najczęściej towarzyszy lęk (np. Baczewska i in. 2015; Lelonek i in. 2013; Walden-Galuszko 2011; Bishop 2000; Kopczyńska-Tyszko 1999; Wirsching 1994). Współwystępuje on często z takimi stanami, jak: wstyd, depresja, różne formy agresji, złości wobec przeszkód i ograniczeń, przygnębienie, apatia, a nawet rozpacz czy radość i nadzieja (Adamczyk i in. 2014; Heszen-Niejodek 2007; Stępień 2007; Salmon 2002; Tomaszewska 2000). Do nasilenia przeżywanych stanów emocjonalnych najczęściej dochodzi w momencie poznania diagnozy, pogorszenia stanu zdrowia, w chwili poinformowania o konieczności zastosowania drastycznych w skutkach metod leczenia (Andrzejewski 2012; Mielcarek Kozaka 2006; Chojnacka-Szawłowska 1998; Wirsching 1994; Heszen-Klemens 1983). N. Adamczyk i in. (2014: 71) wskazują, że 42,5% ankietowanych odczuwało lęk przed podjęciem leczenia onkologicznego, ponad połowa badanych (55%) ujawniła nasilenie wybuchów złości w jego początkowym okresie. Złość była kierowana na różne osoby. W wielu przypadkach pojawiała się także w drugiej fazie choroby, przyjmując postać depresji. 40% badanych po kilku cyklach chemioterapii wskazało na uczucie bezradności. Zaobserwowano niejednolity wzorzec emocji przeżywanych w czasie (Henselmans i in. 2010). Najczęstszym problemem zgłaszanym przez pacjentów jest strach przed nawrotem choroby (Ness i in. 2013).

W wielu przypadkach okres po wyleczeniu choroby onkologicznej nie jest również wolny od lęku i niepewności o przyszłość. Osoby po przebytych leczeniu określa się w literaturze „społeczeństwem remisji”. Są one obciążone wizją nawrotu choroby, a także społecznym i kulturowym fatum odnoszącym się do tych, w których tkwi jakieś zagrożenie (Wierciński 2015). Z badań wynika, że 2/3 pacjentów, mimo bezobjawowych okresów, odczuwa nasilony stres związany z przebyciem choroby (Lelonek i in. 2013). Inne analizy donoszą, że wyleczeni z nowotworu muszą stale radzić sobie z depresją, stanami lękowymi, stresem związanym ze zmianą stylu życia (Durosini i in. 2022; Conley i in. 2016; Sharp i in.

2007). Chorym zarówno w trakcie leczenia, jak i po jego zakończeniu, towarzyszą także pozytywne emocje, przede wszystkim nadzieja, jednak mogą być one problematyczne, kiedy są intensywne, długotrwałe lub źle ukierunkowane (Salmon 2002).

Niewiele jest analiz (np. Bennett i in. 2010; Henselmans i in. 2010; Mehnert, Koch 2008; Sharp i in. 2007) dotyczących wielowymiarowego funkcjonowania pacjentów długotrwałe wyleczonych z choroby nowotworowej, co oznacza, że emocje i jakość życia tej grupy pozostaje nie do końca poznana. Liczba osób, które zostały wyleczone z choroby nowotworowej, stale wzrasta. Implikuje to potrzebę monitorowania jakości życia tej grupy, a w szczególności ekspresji przeżywanych przez nią emocji. Badania naukowe pozwalają dostrzec, że przeżycia chorego nie tylko wpływają na jego kondycję zdrowotną, ale pełnią również istotną rolę w przebiegu i skuteczności leczenia choroby (zob. Dembe i in. 2019; Gołota i in. 2017; Goleman 2012; Kopczyńska-Tyszko 1999).

Metodologia

Pomiar ekspresji emocji u osób chorych lub wyleczonych z choroby jest szczególnie istotny zwłaszcza w kontekście wyników badań naukowych mówiących o występowaniu zależności między ekspresją emocji a różnymi chorobami. Uznaje się, że choroby nowotworowe mają związek ze skrywanymi i niewypowiedzianymi emocjami (Juczyński, 2001). Celem pracy była ocena poziomu kontroli emocji u osób wyleczonych z choroby nowotworowej. Główny problem badawczy sformułowano następująco: Jaki jest poziom kontroli emocji u osób wyleczonych z choroby nowotworowej z uwzględnieniem zmiennych socjodemograficznych oraz czasu leczenia? Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem standaryzowanego narzędzia – Skali Kontroli Emocji (CECS), skonstruowanej przez M. Watson i S. Greera, w polskiej adaptacji Z. Juczyńskiego (2001). Narzędzie służy do oceny stopnia, w jakim podmiot tłumii bądź ujawnia gniew, depresję oraz lęk. Składa się ono z trzech podskal, z których każda zawiera siedem stwierdzeń. Służy do badania osób dorosłych zarówno zdrowych, jak i chorych. Wypełniając CECS należy przyporządkować każdemu zdaniu rangę od 1 do 4, gdzie: 1 oznacza „prawie nigdy”, natomiast 4 oznacza „prawie zawsze”. Po zakończeniu badania oblicza się oddzielnie wyniki dla każdej z podskal. Przed sumowaniem wartości w każdej podskali należy odwrócić punktację na 4-3-2-1 dla stwierdzeń, które oznaczają formy tłumienia emocji. Zmiany dotyczą skali gniewu – stwierdzenia 2 i 4, skali depresji – 1 i 5, skali lęku – 1, 4 i 5. Wynik ogólny to suma wszystkich punktów. Mieści się ona w przedziale od 21 do 84. Im wyższy wynik, tym większe tłumienie negatywnych emocji. Rze-

telność skali oceniono poprzez obliczenie jej zgodności wewnętrznej i stabilności bezwzględnej. Współczynniki alfa Cronbacha: dla kontroli gniewu – 0,80, depresji – 0,77, lęku – 0,78, dla łącznego wskaźnika kontroli emocji – 0,87 (Juczyński 2001: 55–59). Obserwacje kliniczne, jak podaje Juczyński (2001), pozwalają wnioskować, że tłumienie wyrażania emocji prowadzi na ogół do ich nasilenia lub stałego napięcia emocjonalnego.

W celu scharakteryzowania badanej grupy i odpowiedzi na pytania CECS wykorzystano licznosci i procenty oraz statystyki opisowe, takie jak: średnia, odchylenie standardowe, mediana, minimum i maksimum. Normalność rozkładu zmiennych sprawdzono za pomocą testu W Shapiro-Wilka. W przedstawionych w opracowaniu analizach istotność różnic i zależności stwierdzano przy wartości $p \leq 0,05$. W drugiej części szukano istotnych różnic w podskalach CECS w zależności od płci, miejsca zamieszkania i wykształcenia oraz istotnych związków z wiekiem i czasem leczenia. Do analizy związku pomiędzy wiekiem i czasem leczenia a CECS wykorzystano nieparametryczny współczynnik korelacji Spermmana. Nieparametryczny współczynnik korelacji zastosowano ze względu na brak rozkładu normalnego dla zmiennych wiek i czas leczenia – wartość p dla testu W Shapiro-Wilka była mniejsza niż 0,05. Natomiast w przypadku porównywania wyników skali CECS w grupach, rozkład okazał się być zbliżony do normalnego ($p > 0,05$), więc zastosowano parametryczny test t-Studenta. Test Levene'a wykazał, że wariancje w grupach były zbliżone ($p > 0,05$). Następnie przeanalizowano związek pomiędzy płcią, miejscem zamieszkania i wykształceniem a poszczególnymi pytaniami CECS, wykorzystując test Chi-kwadrat Pearsona lub test dokładny Fishera w sytuacji, gdy więcej niż 20% komórek tabeli miało licznosci oczekiwane mniejsze od 5. Ponadto sprawdzono czy wiek i czas leczenia ankietowanych był istotnie różny w zależności od odpowiedzi na pytania CECS, korzystając z testu Kruskala-Wallisa. Nieparametryczny test Kruskala-Wallisa wybrano ze względu na rozkład wieku i czasu leczenia różniący się istotnie od normalnego. Wykorzystany został program Statistica 13.3 [TIBCO Software Inc. (2017). Statistica (*data analysis software system*), version 13. <http://statistica.io>].

Badania prowadzono od czerwca do listopada 2021 roku z wykorzystaniem formularza Google. Formularz został przygotowany w porozumieniu i za zgodą Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. W badaniach wzięło udział 71 osób, jednak do analizy włączono wyłącznie kwestionariusze uzupełnione w całości. Prezentowane w artykule analizy dotyczą 67 kwestionariuszy wypełnionych przez osoby w wieku od 18 do 49 lat, które w dzieciństwie przeszły leczenie choroby nowotworowej. Średni wiek ankietowanych wyniósł $25,21 \pm 6,68$, przy czym połowa respondentów miała najwyżej 23 lata. Czas leczenia był bardzo zróżnicowany i wyniósł średnio $3,90 \pm 4,33$ lat, połowa ankietowanych leczyła się przez okres do dwóch lat. Ponad połowę re-

spondentów stanowiły kobiety (56,71%), ponad połowa osób miała wykształcenie średnie (56,72%). Zdecydowana większość badanych mieszkała w mieście (70,15%).

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy

Zmienne		M±SD	Me (Min; Max)
Wiek (w latach)		25,21±6,68	23,0 (18,0; 49,0)
Czas leczenia (w latach)		3,90±4,33	2,0 (1,0; 20,0)
Płeć		N	%
	kobieta	38	56,72
	mężczyzna	29	43,28
Miejsce zamieszkania	miasto	47	70,15
	wieś	20	29,85
Wykształcenie	gimnazjalne	3	4,48
	średnie	38	56,72
	wyższe	26	38,81

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki badań

Wskaźnik ogólny w Skali Kontroli Emocji w badanej grupie wynosił $51,03 \pm 13,23$ punktów. Przeciętny wynik w skali lęku ($17,36 \pm 5,52$ punktów) był zbliżony do uzyskanego przeciętnego wyniku w skali depresji ($17,28 \pm 4,84$ punktów). Nieco niższy wynik ankietowani osiągnęli w skali gniewu (średnio $16,39 \pm 5,24$ punktów).

Tabela 2. Wyniki skali CECS

Skala CECS	Statystyki opisowe				
	M	SD	Me	Min	Max
Skala gniewu	16,39	5,24	16,0	7,0	28,0
Skala depresji	17,28	4,84	18,0	7,0	27,0
Skala lęku	17,36	5,52	17,0	7,0	28,0
Ogółem	51,03	13,23	51,0	23,0	83,0

Źródło: opracowanie własne.

Analizując uzyskane wyniki, można zauważyć, że około 1/3 ankietowanych w sytuacji rozgniewania i podirytowania (skala gniewu) niemalże zawsze mówiła

to, co czuje (34,33%) i nie ukrywała zirygowania (35,82%). W sytuacji przygnębienia (skala depresji) najwięcej respondentów prawie zawsze podejmowało działania, aby to zmienić (31,34%), ale także wielu było cicho (26,87%). W sytuacji zatrwożenia (skala lęku) najczęściej badani nie opowiadali o tym innym osobom (34,33%), nie mówili, co czują (23,88%). Analizując wyniki uzyskane w poszczególnych skalach w zależności od płci badanych, nie stwierdzono istotnych różnic. Można jednak zauważyć, że mężczyźni osiągnęli nieco wyższe wyniki w skali gniewu (odpowiednio 17,59% i 15,47%), a kobiety nieznacznie wyższe w skali depresji (odpowiednio 17,76% i 16,66%). Nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności od miejsca zamieszkania. Zaobserwowano jednak, że w skali gniewu i lęku, a także w ujęciu ogólnym nieznacznie wyższe wyniki osiągnęli mieszkańcy miast. Analiza statystyczna nie wykazała istotnego związku pomiędzy wiekiem, wykształceniem i czasem leczenia a wynikami skali CECS w żadnym z analizowanych obszarów. Jednak w skali depresji nieznacznie wyższe wyniki osiągnęli badani z wykształceniem gimnazjalnym i średnim, a w skali lęku respondenci z wykształceniem wyższym.

Analizując poszczególne twierdzenia CECS w zestawieniu z płcią badanych, można zauważyć, że istnieje istotna statystyczna różnica pomiędzy płcią a tłumieniem uczuć (skala gniewu) ($p=0,014$). Mężczyźni ponad dwukrotnie częściej niż kobiety wskazywali, że prawie zawsze tłumią swoje uczucia (31,03%). Kobiety z kolei zdecydowanie częściej wskazywały odpowiedzi „prawie nigdy” (26,32%), co świadczy o uzewnętrznianiu uczuć. W przypadku pozostałych pytań skali CECS nie stwierdzono istotnego związku z płcią.

Analiza statystyczna wykazała istotny związek pomiędzy miejscem zamieszkania a mówieniem o swoich uczuciach w sytuacji strachu ($p=0,005$). Znacznie częściej o swoich uczuciach mówili mieszkańcy wsi niż miast. Pozostałe twierdzenia skali pozostawały bez istotnego związku statystycznego.

Analiza statystyczna wykazała istotny związek pomiędzy wykształceniem a opowiadaniem innym wszystkiego w sytuacji strachu ($p=0,030$). Okazało się, że badani z wykształceniem wyższym znacznie częściej wybierali odpowiedź „prawie nigdy” (46,15% w porównaniu do 26,83%).

Wiek badanych nie różnicował w sposób istotny statystycznie udzielanych odpowiedzi. Odnotowano natomiast istotne statystycznie zróżnicowanie odpowiedzi „jestem cicho” (skala gniewu) w zależności od czasu leczenia ($p=0,028$). Badani chorujący dłużej od pozostałych w sytuacji rozgniewania prawie zawsze byli cicho ($Me=4,0$).

Tabela 3. Wyniki skali CECS w odniesieniu do poszczególnych twierdzeń w skali gniewu w zależności od płci

Skala CECS	Bzmienie twierdzenia	Nasilenie – liczba osób (%)												Test Chi-kwadrat Pearsona	
		kobieta (n=38)						mężczyzna (n=29)						Chi ^ 2	p
		prawie nigdy	2	3	prawie zawsze	prawie nigdy	2	3	prawie zawsze						
Skala gniewu – Kiedy jestem rozgniewany (bardzo podryfowany), to...	1. jestem cicho	12 (31,58%)	15 (39,47%)	5 (13,16%)	6 (15,79%)	6 (20,69%)	13 (44,83%)	6 (20,69%)	4 (13,79%)	*	0,722				
	2. okazuję to	2 (5,26%)	11 (28,95%)	11 (28,95%)	14 (36,84%)	5 (17,24%)	10 (34,48%)	7 (24,14%)	7 (24,14%)	*	0,338				
	3. tłumię gniew	8 (21,05%)	13 (34,21%)	11 (28,95%)	6 (15,79%)	8 (27,59%)	6 (20,69%)	8 (27,59%)	7 (24,14%)	1,956	0,582				
	4. mówię to, co czuję	5 (13,16%)	10 (26,32%)	10 (26,32%)	13 (34,21%)	6 (20,69%)	8 (27,59%)	5 (17,24%)	10 (34,48%)	1,184	0,757				
	5. unikam robienia scen	8 (21,05%)	8 (21,05%)	13 (34,21%)	9 (23,68%)	4 (13,79%)	7 (24,14%)	6 (20,69%)	12 (41,38%)	3,257	0,354				
	6. tłumię swoje uczucia	10 (26,32%)	15 (39,47%)	8 (21,05%)	5 (13,16%)	5 (17,24%)	3 (10,34%)	12 (41,38%)	9 (31,03%)	10,592	0,014				
	7. ukrywam swoje zirytywanie	15 (38,47%)	14 (36,84%)	6 (15,79%)	3 (7,89%)	9 (31,03%)	9 (31,03%)	5 (17,24%)	6 (20,69%)	*	0,489				

* ze względu na licznosci oczekiwane przekraczające 20% calosci zastosowano test dokladny Fishera

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 4. Wyniki skali CECS w odniesieniu do poszczególnych twierdzeń w skali lęku zależności od miejsca zamieszkania

Skala CECS	Brzmienie twierdzenia	Nasilenie – liczba osób (%)										Test dokładny Fishera	P
		miasto (n = 47)					wieś (n = 20)						
		prawie nigdy	2	3	prawie zawsze	prawie nigdy	2	3	prawie zawsze				
Skala lęku – Kiedy jestem przestraszony (zatrwożony), to...	1. pokazuję innym, co czuję	11 (23,40%)	10 (21,28%)	17 (36,17%)	9 (19,15%)	2 (10,0%)	7 (35,0%)	6 (30,0%)	5 (25,0%)	0,454			
	2. jestem cicho	10 (21,28%)	22 (46,81%)	8 (17,02%)	7 (14,89%)	6 (30,0%)	6 (30,0%)	4 (20,0%)	0,602				
	3. nic na ten temat nie mówię	9 (19,15%)	14 (29,79%)	17 (36,17%)	4 (14,89%)	6 (30,0%)	5 (25,0%)	4 (20,0%)	0,427				
	4. opowiadam innym wszystkim na ten temat	18 (38,30%)	15 (31,91%)	9 (19,15%)	5 (10,64%)	5 (25,0%)	8 (40,0%)	3 (15,0%)	0,543				
	5. mówię to, co czuję	16 (34,04%)	10 (21,28%)	13 (27,66%)	8 (17,02%)	0 (0,0%)	9 (45,0%)	5 (25,0%)	0,005				
	6. tłumię swój strach	8 (17,02%)	18 (38,30%)	13 (27,66%)	8 (17,02%)	7 (35,0%)	5 (25,0%)	2 (10,0%)	0,132				
	7. tłumię swoje uczucia	9 (19,15%)	18 (38,30%)	11 (23,40%)	9 (19,15%)	6 (30,0%)	7 (35,0%)	4 (20,0%)	0,846				

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 5. Wyniki skali CECS w odniesieniu do poszczególnych twierdzeń w skali lęku zależności od wykształcenia

Skala CECS	Brzmienie twierdzenia	Nasilenie – liczba osób (%)										Test Chi-kwadrat Pearsona	
		gimnazjalne, średnie (n=41)					wyższe (n=26)					Chi ²	p
		prawie nigdy	2	3	prawie zawsze	prawie nigdy	2	3	prawie zawsze				
Skala lęku – Kiedy jestem przestraszony (zatrwożony), to...	1. pokazuję innym, co czuję	8 (19,51%)	9 (21,95%)	16 (39,02%)	8 (19,51%)	5 (19,23%)	8 (30,77%)	7 (26,92%)	6 (23,08%)	1,264	0,738		
	2. jestem cicho	10 (24,39%)	21 (51,22%)	4 (9,76%)	6 (14,63%)	6 (23,08%)	7 (26,92%)	8 (30,77%)	5 (19,23%)	*	0,101		
	3. nic na ten temat nie mówię	11 (26,83%)	14 (34,15%)	8 (19,51%)	8 (19,51%)	4 (15,38%)	5 (19,23%)	14 (53,85%)	3 (11,54%)	8,507	0,037		
	4. opowiadam innym wszystkim na ten temat	11 (26,83%)	19 (46,34%)	5 (12,20%)	6 (14,63%)	12 (46,15%)	4 (15,38%)	7 (26,92%)	2 (11,54%)	*	0,030		
	5. mówię to, co czuję	9 (21,95%)	11 (26,83%)	12 (29,27%)	9 (21,95%)	7 (26,93%)	8 (30,77%)	6 (23,08%)	5 (19,23%)	0,535	0,911		
	6. tłumię swój strach	9 (21,95%)	17 (41,46%)	7 (17,07%)	8 (19,51%)	6 (23,08%)	6 (23,08%)	8 (30,77%)	6 (23,08%)	3,006	0,391		
	7. tłumię swoje uczucia	8 (19,51%)	18 (43,90%)	8 (19,51%)	7 (17,07%)	7 (26,92%)	7 (26,92%)	7 (26,92%)	5 (19,23%)	2,051	0,562		

* ze względu na licznosci oczekiwane przekraczające 20% całosci zastosowano test dokładny Fishera

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6. Wyniki skali CECS w odniesieniu do poszczególnych twierdzeń w skali gniewu zależności od czasu leczenia

Skala CECS	Brzmienie twierdzenia	Czas leczenia w latach – Me (Min; Max)					Test Kruskala-Wallis	
		prawie nigdy	2	3	prawie zawsze	H	P	
Skala gniewu – Kiedy jestem rozgniewany (bardzo podrytowany), to...	1. jestem cicho	1,50 (1,0; 20,0)	1,0 (1,0; 14,0)	6,0 (1,0; 13,0)	4,0 (1,0; 13,0)	9,066	0,028	
	2. okazuję to	2,0 (1,0; 7,0)	2,0 (1,0; 14,0)	1,50 (1,0; 13,0)	1,0 (1,0; 20,0)	1,298	0,730	
	3. tłumię gniew	1,50 (1,0; 5,0)	1,0 (1,0; 20,0)	1,0 (1,0; 14,0)	5,0 (1,0; 13,0)	2,800	0,424	
	4. mówię to, co czuję	5,0 (1,0; 13,0)	1,50 (1,0; 14,0)	1,0 (1,0; 20,0)	2,0 (1,0; 7,0)	3,057	0,383	
	5. unikam robienia scen	1,0 (1,0; 13,0)	2,0 (1,0; 13,0)	1,0 (1,0; 20,0)	5,0 (1,0; 13,0)	5,373	0,146	
	6. tłumię swoje uczucia	1,0 (1,0; 13,0)	1,0 (1,0; 20,0)	3,50 (1,0; 13,0)	2,50 (1,0; 13,0)	3,502	0,321	
	7. ukrywam swoje zrytowanie	1,50 (1,0; 13,0)	2,0 (1,0; 20,0)	3,0 (1,0; 13,0)	2,0 (1,0; 13,0)	0,494	0,920	
6. tłumię swój strach	1,0 (1,0; 8,0)	2,0 (1,0; 14,0)	1,0 (1,0; 20,0)	3,50 (1,0; 13,0)	3,140	0,371		
7. tłumię swoje uczucia	1,0 (1,0; 8,0)	2,0 (1,0; 14,0)	1,0 (1,0; 20,0)	4,0 (1,0; 6,0)	1,654	0,647		

Źródło: opracowanie własne.

Wnioski

Grupą badaną były osoby wyleczone z choroby nowotworowej, które aktualnie uznaje się za zdrowe. Istotny jest jednak pomiar subiektywnej kontroli emocji (gniewu, lęku, depresji) w tej grupie bowiem istnieje wiele dowodów świadczących o roli emocji w zwiększaniu podatności na choroby. Osoby będące w stanie chronicznego niepokoju, nastawione pesymistycznie, odczuwające długotrwałe smutek, nieustannie napięte są narażone na dwukrotnie większe ryzyko zapadnięcia na różne choroby. Zatem nieprzyjemne emocje są w równym stopniu toksyczne i stanowią czynnik ryzyka jak palenie tytoniu albo wysoki poziom cholesterolu w chorobach serca (Goleman 2012). Podobnie sposób wyrażania i kontrolowania emocji może mieć wpływ na powstawanie różnych stanów chorobowych (Tyka 2000), potęgowanie doznań bólowych, obniżanie poczucia własnej wartości (Marcinkowska-Bachlińska i in. 2007). Tłumienie emocji prowadzi na ogół nie tylko do ich nasilenia, ale również do ich długotrwałego utrzymywania w postaci napięcia emocjonalnego (Zalewski 1998).

Wyniki przeprowadzonych badań, dotyczących poziomu kontroli emocji w grupie osób po leczeniu choroby nowotworowej z uwzględnieniem czynników demograficznych i czasu leczenia, pozwalają na wskazanie kilku wniosków. W badanej grupie zmienne socjodemograficzne oraz czas leczenia nie mają znaczenia dla subiektywnej kontroli emocji. Subiektywne przekonanie osób badanych co do umiejętności kontroli swoich reakcji w sytuacji doświadczania określonych emocji negatywnych wynosi $51,03 \pm 13,23$ punktów. Średnie wyniki grup klinicznych przywoływane przez Juczyńskiego (2001) były wyższe, co oznacza, że chorzy, szczególnie diabetycy ($55,77 \pm 9,86$), manifestowali wzmoczoną kontrolę swoich emocji. Należy jednak dodać, że populacja badana przez autora była nieco starsza i obejmowała inne rodzaje chorób niż nowotworowe.

Najwyższe wyniki kontroli emocji uzyskano w skali lęku i w skali depresji natomiast nieco niższy wynik ankietowani osiągnęli w skali gniewu. Trudno jest odnieść uzyskane dane do innych analiz, bowiem nie prowadzono badań przy wykorzystaniu CECS w grupach pacjentów, którzy w dzieciństwie przebyli leczenie onkologiczne. Badania przy zastosowaniu CECS prowadzono przeważnie w grupach osób będących w trakcie leczenia onkologicznego, jak i osób będących w różnych życiowo trudnych sytuacjach (Krygowska i in. 2022; Suwalska-Barancewicz, Malina 2022; Dziki i in. 2016; Glińska i in. 2015; Glińska i in. 2014; Lewicka i in. 2012). Nie wydaje się zasadne, aby porównywać wyniki uzyskane w przywołanych pracach z wynikami badanej grupy, jednak mogą one stanowić pewne tło dla analiz.

W badaniach kobiet we wczesnym stadium raka sutka podobnie uzyskano najwyższe wyniki kontroli depresji i lęku (Juczyński 2001). Pacjenci w trakcie chemioterapii złośliwego zarodkowego nowotworu jądra wykazali istotnie wyższy poziom lęku i depresji niż osoby po zakończonym leczeniu onkologicznym. W podgrupie osób w okresie remisji choroby stwierdzono wyższy poziom agresji niż w podgrupie pacjentów w fazie leczenia chemicznego (Osmańska i in. 2010). W badaniach J. Glińskiej i in. (2014) wiek okazał się najbardziej znaczącym czynnikiem w tłumieniu negatywnych emocji, co oznacza, że z wiekiem rósł łączny wskaźnik kontroli emocji. Ponadto zależnie od okresu choroby i leczenia nasila się tłumienie emocji w skali gniewu. S. Zdończyk (2015) wskazał, że kobiety po leczeniu chirurgicznym raka piersi mają większą skłonność do tłumienia gniewu, lęku i depresji niż osoby z grupy standaryzacyjnej. W przeprowadzonym przez autora badaniu wskaźnik kontroli emocji rósł wraz z liczbą dzieci, wiekiem i lepszą sytuacją materialną, a malał w przypadku wzrostu wykształcenia.

Prezentowane w artykule analizy nie wykazały istotnych zależności statystycznych w odniesieniu do płci badanych, ich wieku, miejsca zamieszkania oraz czasu leczenia. Uzyskano kilka istotnych statystycznie wyników dla poszczególnych twierdzeń CECS w zestawieniu z płcią badanych, wykształceniem, miejscem zamieszkania i czasem leczenia. Mężczyźni ponad dwukrotnie częściej niż kobiety wskazywali, że prawie zawsze tłumią swoje uczucia. Wyjaśnieniem może być większe społeczne przyzwolenie na wyrażanie emocji przez kobiety. W dzieciństwie chłopcy i dziewczęta w różny sposób uczeni są wyrażania emocji. Dziewczęta zwykle zachęca się do swobodnego wyrażania uczuć, a chłopców do ich ukrywania. Obowiązujące reguły mają wpływ na wytworzenie się typowych kobiecych i męskich zachowań. Kobieta powinna być wrażliwa i empatyczna, może demonstrować swoje uczucia (Rymarczyk 2003). Powstrzymywanie emocji wpisuje się w kulturowy model, od mężczyzny oczekuje się od niego opanowania, odwagi i nieujawniania emocji. Badania naukowe wskazują także, że kobiety częściej niż mężczyźni wykorzystują strategię skoncentrowaną na emocjach (np. Piekarska 2015; Juczyński, Ogińska-Bulik 2009; Strelau i in. 2005).

Badani z wykształceniem wyższym znacznie częściej prawie nigdy nie opowiadali innym wszystkiego w sytuacji przerażenia, a osoby mieszkające na wsi mówiły znacznie częściej o swoich uczuciach w sytuacji strachu. Z kolei osoby chorujące znacznie dłużej od pozostałych w sytuacji rozgniewania prawie zawsze były cicho.

Implikacje

Wyleczalność chorób nowotworowych stale rośnie. Pierwszorzędna i drugorzędowa profilaktyka onkologiczna stanowi wyzwanie nie tylko dla całego syste-

mu opieki medycznej, ale również dla wszystkich osób zdrowych. Konstruowanie programów badań przesiewowych i ich prowadzenie w poszczególnych grupach wiekowych nie jest łatwe. Wymaga dobrze przemyślanych, zachęcających do aktywnego uczestnictwa akcji promocyjnych. Ich skuteczność zależy nie tylko od jakości konkretnego programu, ale również od zainteresowania potencjalnych odbiorców. Podobnie jest z kolejnym – trzeciorzędowym etapem profilaktyki, obejmującym m.in. działania mające na celu przywrócenie (lub zwiększenie) sprawności, pomoc w radzeniu sobie z ograniczeniami narzucanymi przez chorobę, kondycji psychicznej i fizycznej. Wdrażanie badań przesiewowych dla osób, które przeszły leczenie onkologiczne powinno pomóc dostosować plany opieki do indywidualnych potrzeb. Regulowanie emocji może zmniejszyć ich potencjalnie niekorzystny wpływ na zdrowie i samopoczucie. W postępowaniu terapeutycznym, równoległe z działaniami minimalizującymi wielowymiarowe skutki choroby, należy zachęcać pacjentów do wyrażania emocji w zróżnicowanych formach, szczególnie do ich werbalizowania, zachęcać do refleksji nad aktualną sytuacją, kształtować umiejętność kontrolowania emocji by móc podejmować niezbędne działania. Umiejętność rozpoznania i werbalizowania przeżywanych emocji sprzyja ich uznaniu, a tym samym radzeniu sobie z nimi (Kopczyńska-Tyszko, 1999). Jak pisała V. Satir (2000: 236): „*Nasze emocje są wyrazem odczuwania naszego człowieczeństwa. Niosą w sobie życiową energię. Aby mogły być nam pomocne, muszą zostać rozpoznane, docenione i odpowiednio wyrażone*”.

Wyleczenie z nowotworu zazwyczaj oznacza koniec działań medycznych, ale nie zawsze wiąże się z zaprzestaniem czynności pozamedycznych ukierunkowanych na poprawę wielowymiarowego funkcjonowania. Osoby z grupy wysokiego ryzyka zaburzeń psychospołecznych wymagają szybszej i bardziej zintensyfikowanej opieki (Mehnert-Theuerkauf i in. 2023), a zatem opracowanie systemowej i długoterminowej opieki nad osobami wyleczonymi nadal jest pilną potrzebą.

Przedstawione wyniki należałoby potwierdzić, badając większą grupę osób z uwzględnieniem różnych rodzajów chorób nowotworowych. Mimo że uzyskano nieliczne istotności statystyczne, zaprezentowane badania mogą stanowić inspirację do bardziej pogłębionej analizy kontroli emocji u osób wyleczonych z choroby nowotworowej.

Bibliografia

- Adamczyk N., Marara-Studzińska M., Sidor K., Pucek W., Wdowiak A. (2014), *Problemy psychiczne i społeczne występujące u osób z rozpoznaniem nowotworowym, po zabiegach chemioterapii*, European Journal of Medical Technologies, 3(4): 55–63.
- Andrzejewski Ł. (2012), *Polityka nowotworowa. Pamiętnik praktyczno-teoretyczny*, Wydawnictwo Krytyki Politycznej.

- Baczewska B., Kropornicka B., Drozd C., Olszak C. (2013), *Ocena bólu, lęku i depresji u pacjentów hospitalizowanych z powodu choroby nowotworowej* [w:] E. Majcharzak-Kłokocka, R. Seliga (red.), *Wybrane problem organizacji i zarządzania w pielęgniarstwie*, Przedsiębiorczość i Zarządzanie, 14(10): 7–21.
- Bennett J.A., Cameron L.D., Brown P.M., Whitehead L.C., Porter D., Ottaway-Parkes T., Robinson E. (2010), *Time since diagnosis as a predictor of symptoms, depression, cognition, social concerns, perceived benefits, and overall health in cancer survivors*, *Oncology Nursing Forum*, 37(3): 331–338; doi: 10.1188/10.ONF.331-338.
- Bishop G.D. (2000), *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo ASTRUM.
- Conley C.C., Bishop B.T., Andersen B.L. (2016), *Emotions and Emotions Regulation in Breast Cancer Survivorship*, *Healthcare*, 4(3): 56; doi: 10.3390/healthcare4030056.
- Chojnacka-Szawlowska G. (1998), *Rozpoznanie choroby nowotworowej. Uwarunkowania psychologiczne*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Dembe K., Chłosta P., Czech K.A. (2019), *Oblicza choroby nowotworowej. Poradnik dla pacjentów z nowotworami układu moczowo-płciowego oraz ich rodzin lub opiekunów*, PTU.
- Devarakonda S.K., Timman R., Bouvy P.F., Oemrawsingh A., Apon I., Mureau M.A.M., Koppert L.B., Kranenburg L. W. (2023), *Trends in emotional functioning and psychosocial wellbeing in breast cancer survivors: a perspective cohort study using patient-reported outcome measures*, *BMC Women's Health*, 23–153; doi: 10.1186/s12905-02243-0.
- Durosini I., Triberti S., Savioni L., Sebrì V., Pravettoni G. (2022), *The Role of Emotion-Related Abilities in the Quality of Life of Breast Cancer Survivors: A Systematic Review*, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19): 12704; <https://doi.org/10.3390/ijerph191912704>.
- Dziki Ł., Szymczak D., Glińska J., Dziki A. (2016), *Poziom satysfakcji życiowej u osób ze stomią jelitową a kontrola emocji*, *Problemy Pielęgniarstwa*, 24(1): 8–13; doi: 10.5603/PP.2016.0002.
- Espinosa A. (2015), *Świat na żółto. 23 male odkrycia, które uratowały mi życie*, Wydawnictwo Znak.
- Firoozi M., Besharat M.A., Farahani H. (2011), *The Ability of Children with Cancer in the Regulation of Negative Emotions: Attention Shifting, a Key Skill to Good Adjustment*, *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 30: 1507–1510; doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.29.
- Glińska J., Krzemińska B., Lewandowska M., Miller R., Dziki A., Dziki Ł. (2014), *Kontrola emocji u pacjentów z nowotworem gruczołu piersiowego. Rola wsparcia społecznego*, *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*, 1: 41–47.
- Glińska J., Ziemkiewicz E., Borowiak E. (2015), *Kontrola emocji u osób przebywających w domu pomocy społecznej*, *Nursing Topics*, 23(3): 285–290; doi: 10.5603/PP.2015.0048.
- Goleman D. (2012), *Inteligencja emocjonalna*, Media Rodzina.
- Gołota Sz., Białczyk K., Wyszowska Z., Popiołek A., Krajnik M. (2017), *Lęk i depresja u chorych na nowotwory – co tracimy?*, *Medycyna Paliatywna w praktyce*, 11(3):111–117.
- Grabińska K., Szewczyk-Cisek I., Hernik P., Mykała-Cieśla J., Kaziród D. (2011), *Problemy i potrzeby psychosocjalne pacjentów poddawanych chemioterapii onkologicznej*, *Psychoonkologia*, 2: 39–47.
- Henselmans I., Helgeson V.S., Seltman H., Vries de J., Sanderman R., Ranchor A.V. (2010), *Identification and prediction of distress trajectories in the first year after a breast cancer diagnosis*, *Health Psychology*, 29(2): 160–168; doi: 10.1037/a0017806.

- Herschbach P., Britzelmeir I., Dinkel A., Giesler J.M., Herkommer K., Nest A., Pichler T., Reichelt R., Tanzer-Kuntzer S., Weis J., Heszen-Klemens I. (1983), *Psychologia medyczna. Główne kierunki badań*, Uniwersytet Śląski.
- Hitchens Ch (2013), *Śmiertelność*, Wydawnictwo Sonia Draga.
- Juczynski Z. (2001), *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Pracowania Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Juczynski Z., Ogińska-Bulik N. (2009), *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*, Pracowania Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Kopczyńska-Tyszko A. (1999), Reakcje emocjonalna chorujących na nowotwór [w:] D. Kubacka-Jasiecka, W. Łosiak (red.), *Zmagając się z chorobą nowotworową*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 125–142.
- Krygowska K., Grzesik-Gąsior J., Pieczykolan A., Iwanowicz-Palus G., Bień A. (2022), *Social support and the ability to control emotions in women hospitalized due to the risk of premature birth*, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 28(1): 70–77; doi: 10.26444/monz/146197.
- Lelonek B., Cieślak A., Kamusińska E. (2013), *Problematyka stresu w chorobie nowotworowej*, *Problemy Pielęgniarstwa*, 21(1): 128–136.
- Lewicka M., Makara-Studzińska M., Wdowiak A., Sulima M., Wiktor H. (2012), *Ocena emocji u kobiet leczonych operacyjnie z powodów ginekologicznych*, *Psychiatria Psychologia Kliniczna*, 12(2): 102–114.
- Marcinkowska-Bachlińska M., Małecka-Panas E. (2007), *Rola czynników psychologicznych w patogenezie chorób czynnościowych przewodu pokarmowego*, *Przewodnik Lekarza*, 1(10): 56–75.
- Mehnert M., Koch U. (2008), *Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors*, *Journal of Psychosomatic Research* 64: 383–391; doi:10.1016/j.jpsychores.2007.12.005.
- Mehnert-Theuerkauf A., Hufeld J.M., Esser P., Goerling U., Hermann M., Zimmermann T., Reuter H., Ernst J. (2023), *Prevalence of mental disorders, psychosocial distress, and perceived need for psychosocial support in cancer patients and their relatives stratified by biopsychosocial factors: rationale, study design, and methods of a prospective multi-center observational cohort study (LUPE study)*, *Frontiers in Psychology*, 14: 1125545; doi:10.3389/fpsyg.2023.1125545.
- Mielcarek P., Kozaka J. (2006), *Funkcjonowanie emocjonalne chorych z objawami niepowodzenia chemioterapii zaawansowanego jajnika*, *Psychoonkologia*, 10(1): 9–14.
- Mucharski P., Durczok K. (2005), *Wygrać życie*, Wydawnictwo Znak.
- Ness S., Kokal J., Fee-Schroeder K., Novotny P., Satele D., Barton D. (2013), *Concerns across the survivorship trajectory: Results from a survey of cancer survivors*, *Oncology Nursing Forum*, 40(1): 35–42; doi:10.1188/13.ONF.35-42.
- Nowicki A., Rządowska B. (2005), *Depresja i lęk u chorych z nowotworami złośliwymi*, *Współczesna Onkologia*, 9(9): 396–403.
- Osmańska M., Borkowska A., Makarewicz R. (2010), *Ocena jakości życia, nasilenia cech lęku i depresji u pacjentów ze złośliwym zarodkowym nowotworem jądra w trakcie chemioterapii i po zakończonym leczeniu onkologicznym*, *Psychiatria Polska*, 44(4): 543–556.
- Piekarska J. (2015): *Zdolności emocjonalne kobiet i mężczyzn a stosowane strategie radzenia sobie ze stresem*, *Studia Psychologica UKSW*, 15(1): 5–18.

- Pogrebin L.C. (2016), *Jak być przyjacielem chorego przyjaciela. Psychologia w działaniu*, Wydawnictwo Charaktery.
- Rymarczyk K. (2003), *Emocje a pleć*, KOSMOS. Problemy nauk biologicznych, 52(258): 67–75.
- Salomon P. (2002), *Psychologia w medycynie wspomaga współpracę z pacjentem i proces leczenia*, GWP.
- Satir V. (2000), *Rodzina. Tu powstaje człowiek*, GWP.
- Sharp L.K., Kinahan K.E., Didwania A., Stolley M. (2007), *Quality of life in adult survivors of childhood cancer*, Journal of Pediatric Oncology Nursing, 24(4): 220–226; doi:10.1177/1043454207303885.
- Ślubowska M., Ślubowski T. (2008), *Problemy psychosocjalne w raku piersi*, Psychoonkologia, 12: 19–22.
- Strelau J., Jaworowska A., Wrześniewski K., Szczepaniak P. (2005), *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych. Podręcznik*, Pracownia Testów Psychologicznych.
- Suwalska-Barancewicz D., Malina A. (2022), *Znaczenie tłumienia ekspresji lęku, smutku i gniewu dla samooceny młodych matek i ich satysfakcji z życia*, Psychologia Rozwojowa, 27(3): 73–84; doi: 10.4467/20843879PR.22.019.17680.
- Tomaszewska I. (2000), *Psychologiczne aspekty depresji w chorobach nowotworowych*, Psychoonkologia, 7: 9–18.
- Tyka J. (2000), *Psychosomatyka*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego.
- Ulaniecka N. (2021), *Doświadczenie choroby nowotworowej – aspekty psychosocjalne*, Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Walden-Gałuszek K. (2011), *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Wierciński H. (2015), *Rak: antropologiczne studium praktyk i narracji*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Wirsching M. (1994), *Wokół raka*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Witkiewicz-Matolicz A. (2018), *Niezwykłe dziewczyny. Rak nie odebrał im marzeń*, Oficyna 4eM.
- Yang Y-L., Liu L., Li M-Y., Shi M., Wang L. (2016), *Psychosocial Disorders and Psychosocial Resources of Patient with Newly Diagnosed Bladder and Kidney Cancer: a Cross – Section Study*, PLoS ONE 11 (5): e0155607; doi:10.1371/journal.pone.0155607.
- Zalewski Z. (1998), *Od zawiści do zemsty. Społeczna psychologia kłopotliwych emocji*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Zdończyk S.A. (2015), *Wpływ wybranych czynników socjomedycznych na jakość życia i funkcjonowanie psychoseksualne kobiet po leczeniu operacyjnym raka gruczołu piersiowego*, Pomeranian Journal of Life Sciences, 61(2): 199–206.
- Zierkiewicz E. (2010), *Rozmowy o raku piersi. Trzy poziomy konstruowania znaczeń choroby*, Wydawnictwo ATUT.