

# Hvaða áhrif hefur það að geta ekki tjáð sig um vanlíðan, hjá körlum sem hafa fengið krabbamein í blöðruhálskirtil?

Sjöfn Ágústsdóttir<sup>1</sup>, Áslaug Kristinsdóttir<sup>1</sup>, Katrín Jónsdóttir<sup>1</sup>, Sólrún Ósk Lárusdóttir<sup>1</sup>, Jakob Smári<sup>1</sup> og Heiðdís B. Valdimarsdóttir<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Sálfræðideild, Heilbrigðisvísindasvið, Háskóli Íslands, Reykjavík; <sup>2</sup>Kennslufræði- og lýðheilsudeild, Háskóli Reykjavíkur, Reykjavík; <sup>3</sup>Oncological Sciences, Mount Sinai School of Medicine, NY

## Útdráttur

Markmiðið með rannsókninni var að greina þætti sem gætu tengst því hvaða karlar sem greinst hafa með krabbamein í blöðruhálskirtli eru líklegri en aðrir til að upplifa sálræna vanlíðan. Karlar (N=184) sem fengu krabbamein í blöðruhálskirtil á árunum 2001-2005 svöruðu spurningalistum um þunglyndi og kvíða, ágengar hugsanir um krabbameinið og upplifun á félagslegum hömlum á tjáningu. Niðurstöður sýndu að karlar sem höfðu ágengar hugsanir um meinið voru kvíðnari og þunglyndari, en bara ef þeir fundu fyrir miklum félagslegum hömlum eða fannst þeir ekki geta talað við aðra um sjúkdóminn. Af niðurstöðum má draga þá ályktun að karlar, sem hafa fengið blöðruhálskirtilskrabbamein og finnst þeir ekki geta rætt við maka eða vini um áhyggjur sínar varðandi sjúkdóminn, geti haft gagn af íhlutun sem hjálpar þeim að tjá áhyggjur sínar og tilfinningar.

## Inngangur

Blöðruhálskirtilskrabbamein er algengasta krabbamein karla. Á Íslandi er tíðnin með því hæsta sem gerist í heiminum og greinast um 200 karlar árlega með meinið og um 50 látast af völdum þess (Krabbameinsskráin, 2009). Meðferð við krabbameininu getur haft óþægilegar og langvarandi aukaverkanir í för með sér svo sem þvagleka og erfiðleika við stjórnun á þvagi, truflanir á kynferðislegri virkni og jafnvel getuleysi. Vanlíðan s.s. kvíði og þunglyndi hefur því sýnt sig í rannsóknum á körlum sem hafa fengið blöðruhálskirtilskrabbamein en niðurstöður hafa þó verið nokkuð misvísandi (Eton, Lepore og Helgeson, 2001). Mikilvægt er því að bera kennsl á þætti sem gætu spáð fyrir um hvaða karlar sem hafa fengið blöðruhálskirtilskrabbamein eru líklegri en aðrir til að finna fyrir sálrænni vanlíðan, svo hægt sé að

auðvelda meðferðaraðilum að hjálpa þessum körlum að takast á við vanlíðan sína.

Að tjá tilfinningar og hugsanir um erfiða lífsreynslu s.s. krabbamein hjálpar til við hugræna og tilfinningalega úrvinnslu. Margar rannsóknir sýna að það að tala við aðra um erfiða reynslu getur haft jákvæð áhrif á sálræna og jafnvel líkamlega heilsu (Frattaroli, 2006). Rannsóknirnar sýna að tjáning tilfinninga getur dregið úr vanlíðan af völdum síendurtekinnna og ágengra hugsana sem geta tengst áföllum eða erfiðri lífsreynslu. Hið félagslega umhverfi einstaklingsins þarf hins vegar að leyfa að hann tali um vanlíðan sína. Félagslegt umhverfi er þó ekki alltaf móttækilegt og geta því margir upplifað hömlur frá umhverfinu t.d. að aðrir séu ekki tilbúnir til að hlusta, sýni ekki stuðning eða bregðist jafnvel neikvætt við tilraunum til að tjá sig um streituvaldandi atburði og vanlíðan þeim tengda (Lepore og Revenson, 2007).

Það líkan sem getur hjálpað til við að skilja mismunandi líðan í félagslegum aðstæðum er líkanið um hugræna úrvinnslu í félagslegum aðstæðum (*e. social-cognitive processing model*; Lepore, 2001). Samvæmt kenningum um hugræna úrvinnslu, þá geta streituvaldandi atburðir valdið sálrænni vanlíðan þar sem þeir geta kollvarpað hugmyndum okkar um okkur sjálf, lífið og framtíðina (Janoff-Bulman, 1992). Þegar hugræn úrvinnsla streituvaldandi atburða tekst ekki og atburðirnir eru ekki samþættir hugrænum ferlum, þá getur það valdið ágengum hugsunum um atburðinn í formi sífelldra minninga og ímynda. Fyrir tilstilli þessara ágengu hugsana eykst síðan sálræn vanlíðan (Foa og Kozak, 1991). Ef einstaklingur hefur ágengar hugsanir (t.d. um krabbamein), þá geta félagslegar hömlur takmarkað möguleika hans á hugrænni og tilfinningalegri úrvinnslu, ágengar hugsanir geta þá magnast og leitt til þunglyndis og kvíða (Lepore og Revenson, 2007).

Rannsóknir sýna að upplifun á félagslegum hömlum tengist aukinni vanlíðan hjá körlum sem hafa fengið krabbamein í blöðruhálskirtil, bæði almennri vanlíðan og vanlíðan sem tengist krabbameininu (Lepore og Helgeson, 1998; Zakowski, Ramati, Morton, Johnson, og Flanigan, 2004). Svipaðar niðurstöður hafa komið fram hjá konum sem hafa fengið brjóstakrabbamein eða eru í meiri hættu á að fá brjóstakrabbamein vegna fjölskyldusögu (Cordova, Cunningham, Carlson, og Andrykowski, 2001; Schnur, Valdimarsdóttir, Montgomery, Nevid, og Bovbjerg, 2004).

Pegar einstaklingur talar um erfiða lífsreynslu getur átt sér stað virk hugræn og tilfinningaleg úrvinnsla atburðanna. Við það verður tilfinningaleg aðlögun auðveldari því það dregur úr neikvæðum tilfinningalegum viðbrögðum, þ.e.a.s. tilfinningar sem tengjast erfiðum minningum eða áreitum fara dvínandi og afnæming eða viðvenja á sér stað. Ágengar hugsanir hafa þar af leiðandi minni áhrif á tilfinningarnar (Lepore og Revenson, 2007). Með öðrum orðum, þá hafa ágengar hugsanir samkvæmt þessu aðeins slæm áhrif ef við getum ekki talað um þær. Með því að tjá tilfinningar þá dregur úr neikvæðu áhrifunum af þeim áreitum sem skapa vanlíðanina.

Sett var fram sú tilgáta að karlar sem hafa fengið krabbamein í blöðruhálskirtil sem hafa ágengar hugsanir um krabbameinið muni sýna meiri vanlíðan í formi kvíða og þunglyndis ef þeir upplifa jafnframt félagslegar hömlur, þ.e. ef þeim finnst þeir ekki geta tjáð sig um tilfinningar sínar og hugsanir varðandi krabbameinið.

## Aðferðir

Eftir að rannsóknin hafði hlotið samþykki Vísindasiðanefndar og verið tilkynnt til Persónuverndar, voru karlar sem greindust með krabbamein í blöðruhálskirtli á árunum 2001-2005 (N=383) fundnir í Krabbameinsskrá og þeim boðið bréfleiðis að taka þátt í rannsókninni. Sendur var spurningalistapakki, kynningarbréf, upplýsingablað og svarsendingarumslag. Tvö ítrekunarbréf voru send með tveggja vikna millibili. Alls bárust 184 spurningalistar sem þýddi 48% svarhlutfall.

Flestir þátttakendur voru yfir 70 ára (68,5%), giftir eða í sambúð (85,6%), hættir að vinna (73,4%), og höfðu einhverja háskólamenntun (37,9%). Flestir höfðu greinst með staðbundið krabbamein (91,9%) og höfðu

flestir farið í skurðaðgerð sem fól í sér brottám blöðruhálskirtils (49,5%).

## Mælingar

Aflað var bakgrunns- og lýðfræðilegra upplýsinga (t.d. um aldur, hjúskaparstöðu, stig krabbameins við greiningu, tegund meðferðar tíma frá greiningu). Mælingar voru eftirfarandi:

### *Hospital Anxiety Depression Scale*

Kvarði með 14 atriðum til að mæla þunglyndi og kvíða (Zigmond og Snaith, 1983). Íslensk útgáfa var notuð (Schaaber, Smari, og Oskarsson, 1990). Innri áreiðanleiki var 0.81 fyrir kvíða undirkvarðann og 0.85 fyrir þunglyndis undirkvarðann í rannsókninni.

### *Impact of Events Scale*

Alls voru 7 atriði notuð úr þessum kvarða til að mæla ágengar hugsanir (Horowitz, Wilner, og Alvarez, 1979). Dæmi um atriði: „Ég hugsaði um krabbameinið þótt ég hafi ekki ætlað mér það”. Önnur 8 atriði kvarðans sem mæla forðunarhugsanir voru ekki notuð í þessari úrvinnslu. Atriðin til að mæla ágengar hugsanir voru tengd því að hafa greinst með krabbamein í blöðruhálskirtli. Innri áreiðanleiki kvarðans var 0.88 í rannsókninni.

### *Social Constraints Scale*

Kvarði með 14 atriðum (Lepore og Ituarte, 1999) sem mæla hvernig einstaklingur upplifir að félagslegt umhverfi hafi áhrif á tilraunir hans til að tjá sig um erfiða lífsreynslu, í þessu tilviki að hafa fengið krabbamein í blöðruhálskirtil. Dæmi um atriði kvarðans: „Ef ég vil tala um krabbameinið þá skiptir makinn um umræðufni”. Innri áreiðanleiki var 0.82 í rannsókninni.

## Niðurstöður

Í Töflu 1 sést að talsverð dreifing var á gildum rannsóknarbreytanna og sjá má að sumum körlum líður mjög illa en öðrum alls ekki.

Tafla 1. Dreifing á gildum rannsóknarbreyta

Breyta	Meðalt. SF	Spönn	Möguleg spönn
Þunglyndi	3.32	3.59	0-20
Kvíði	2.65	2.89	0-19
Ágengar hugsanir	3.69	6.20	0-26
Félagsl. hömlur	1.38	0.42	1-3.3

Eins og sjá má á fylgnitölum í Töflu 2, þá koma fram hærri skor ágengra hugsana, meiri kvíði og þunglyndi hjá körlum sem upplifa félagslegar hömlur í umhverfi sínu.

Tafla 2. Fylgni milli rannsóknarbreyta

	Pung-lyndi	Kvíði	Ágengar hugsanir
Þunglyndi	-		
Kvíði	.66**	-	
Ágengar hugsanir	.38**	.60**	-
Félagsl. hömlur	.27*	.32**	.33**

\*p<.01, \*\*p<.001

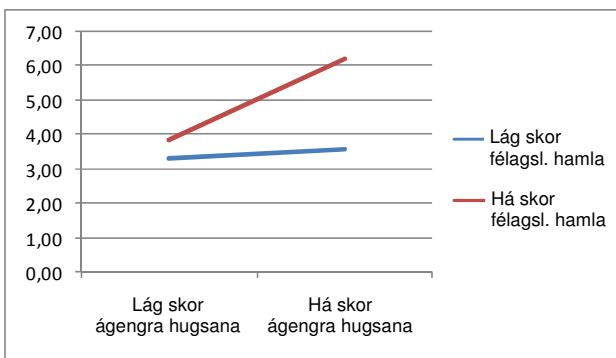
Í ljós kom að yngri menn með hærri sjúkdómsstig sýndu mesta vanlíðan (sjá Töflu 3). Því var leiðrétt bæði fyrir aldur og sjúkdómsstig.

Tafla 3. Aðhvarfsgreining - þunglyndi

Spábreyta	T-gildi
Aldur	-1.64*
Stig sjúkdóms	3.65**
Ágengar hugsanir (ÁH)	2.19*
Félagslegar hömlur (FH)	3.89**
FH x ÁH	2.12**

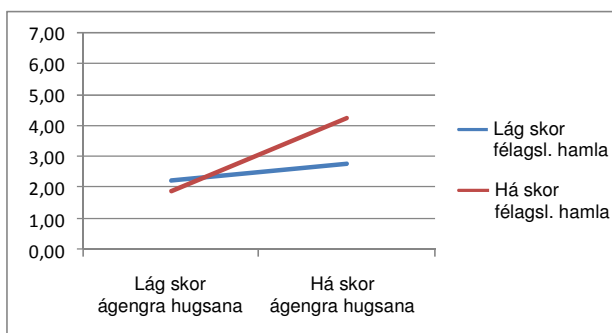
\*p<.05, \*\*p<.001

Eins og kemur fram í Töflu 3, tengjast félagslegar hömlur og ágengar hugsanir þunglyndi marktækt, en það sem meira máli skiptir, er að fram kom marktæk samvirkni milli félagslegra hamla og ágengra hugsana fyrir þunglyndi.



Mynd 1. Samvirkni ágengra hugsana og félagslegra hamla fyrir þunglyndi.

Samskonar niðurstöður fengust fyrir kvíða. Samvirkniáhrifin má sjá nánar á Mynd 1 fyrir þunglyndi og Mynd 2 fyrir kvíða. Eins og Mynd 1 sýnir, þá voru karlar sem höfðu miklar ágengar hugsanir um krabbameinið þunglyndari, en aðeins ef þeir upplifðu miklar félagslegar hömlur eða fannst þeir ekki geta talað við aðra um sjúkdóminn. Ekki kemur fram munur á þunglyndi annars staðar. Á Mynd 2 má sjá að svipað mynstur kom fram fyrir kvíða.



Mynd 2. Samvirkni ágengra hugsana og félagslegra hamla fyrir kvíða.

## Umræða

Niðurstöður rannsóknarinnar styðja þá tilgátu sem sett var fram. Karlar sem höfðu fengið blöðruhálskirtilskrabbamein sem höfðu ágengar hugsanir um krabbameinið og fannst þeir jafnframt ekki geta tjáð sig við aðra um áhyggjur sínar og vanlíðan, voru kvíðnari og þunglyndari en þeir sem upplifðu minni félagslegar hömlur á tjáningu. Ágengar hugsanir um erfiða lífsreynslu virðast því aðeins skapa vanlíðan þegar menn upplifa að þeir geti ekki tjáð sig við aðra, væntanlega þar sem félagslegar hömlur draga úr möguleikum þeirra á að vinna hugrænt og tilfinningalega úr reynslunni.

Þess má geta að nýbirt rannsókn höfunda leiddi í ljós meðal karla sem höfðu fengið blöðruhálskirtilskrabbamein, að þeir karlar sem höfðu mikla tjáningarpörf og upplifðu jafnframt félagslegar hömlur, sýndu mesta vanlíðan. Vanlíðan kom ekki fram hjá þeim körlum sem upplifðu félagslegar hömlur í umhverfinu en skoruðu lágt á tjáningarpörf (Agustsdóttir, Kristinsdóttir, Jonsdóttir, Larusdóttir, Smari og Valdimarsdóttir, 2009).

Taka skal fram að rannsóknin hefur nokkrar takmarkanir. Í fyrsta lagi er um að ræða þversniðsrannsókn og því ekki hægt að fullyrða neitt um orsakasamband. Í öðru lagi var eingöngu notast við sjálfsmatsmælingar og ekki hægt að útiloka skekkju af þeim sökum. Í þriðja lagi höfðu flestir þátttakenda greinst með

staðbundið krabbamein og gæti því gætt sjálfvalsskekkju í rannsókninni.

Niðurstöður rannsóknarinnar gætu bent til þess að karlar sem hafa fengið krabbamein í blöðruhálskirtil og finnst jafnframt að þeir geti ekki rætt við maka eða vini um áhyggjur sínar varðandi krabbameinið, gætu haft gagn af íhlutun sem leyfir þeim að tjá tilfinningar sínar og áhyggjur. Slík íhlutun gæti til dæmis verið í formi skriflegrar tjáningar, en fjöldi rannsókna í tilraunaaðstæðum sýnir að það að skrifa um erfiða lífsreynslu hefur jákvæð áhrif á sálræna og jafnvel líkamlega heilsu (Frattaroli, 2006). Niðurstöður rannsóknarinnar vekja einnig athygli á mikilvægi þess að meta einstaklingsbundna þætti ásamt félags- og umhverfislegum þáttum við meðferð á vanlíðan karla sem hafa fengið krabbamein í blöðruhálskirtil. Frekari rannsókna er þörf á þessu sviði, einkum langtímarannsókna, til að varpa skýrara ljósi á þá þætti sem hafa áhrif á líðan karla sem fá krabbamein í blöðruhálskirtil og hvernig líðan þeirra þróast í gegnum meðferðarferlið og eftir að meðferð lýkur.

## Þakkir

Höfundar þakka eftirtöldum aðilum fyrir stuðning við rannsóknina: Rannís, sem styrkti rannsóknina að hluta með styrk nr. 070414021, Doktorsnámssjóði Eimskipafélagsins og Háskóla Íslands, Krabbameinsskránni og síðast en ekki síst þátttakendum í rannsókninni.

## Heimildir

- Agustsdóttir S., Kristinsdóttir A., Jonsdóttir K., Larusdóttir S.O., Smari J., og Valdimarsdóttir H.B. (2009). The impact of dispositional emotional expressivity and social constraints on distress among prostate cancer patients in Iceland, *British Journal of Health Psychology*, Apr 1 [Epub ahead of print].
- Cordova, M. J., Cunningham, L. L. C., Carlson, C. R., og Andrykowski, M. A. (2001). Social constraints, cognitive processing and adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 706-711.
- Eton, D. T., Lepore, S. J., og Helgeson, V. S. (2001). Early quality of life in patients with localized prostate carcinoma. *Cancer*, 92, 1451-1459.
- Foa, E. B., og Kozak, M. J. (1991). Emotional processing: Theory, research and clinical

implications for anxiety disorders. Í J. D. Safran og L. S. Greenberg (Ritstj.), *Emotion, psychotherapy og change* (bls. 21-49). New York: Guilford Press.

- Frattaroli, J. (2006). Experimental disclosure and its moderators: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132, 823-865.
- Horowitz, M., Wilner, N., og Alvarez, W. (1979). The impact of event scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Krabbameinsskrá Krabbameinsfélags Íslands. (2009). Sótt 27. apríl 2009 af [www.krabbameinsskra.is](http://www.krabbameinsskra.is).
- Lepore, S. J. (2001). A social-cognitive processing model of emotional adjustment to cancer. Í A. Baum og B. Andersen (Ritstj.), *Psychosocial interventions for cancer* (pp. 99-118). Washington DC: American Psychological Association.
- Lepore, S. J., og Helgeson, V. S. (1998). Social constraints, intrusive thoughts, and mental health after prostate cancer. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17, 89-106.
- Lepore, S. J., og Ituarte, P. H. G. (1999). Optimism about cancer enhances mood by reducing negative social relations. *Cancer Research Therapy Control*, 8, 165-174.
- Lepore, S. J., og Revenson, T. A. (2007). Social constraints on disclosure and adjustment to cancer. *Social and Personality Psychology Compass: Health*, 1, 313-333.
- Schaaber, U., Smari, J., og Oskarsson, H. (1990). Comparison of the hospital anxiety and depression rating scale with other anxiety and depression rating scales. *Nordic Psychiatry*, 44, 507-512.
- Schnur, J. B., Valdimarsdóttir, H. B., Montgomery, G. H., Nevid, J. S., og Bovbjerg, D. H. (2004). Social constraints and distress among women at familial risk for breast cancer. *Annals of Behavioral Medicine*, 28, 142-148.
- Zakowski, S. G., Ramati, A., Morton, C., Johnson, P., og Flanigan, R. (2004). Written emotional disclosure buffers the effects of social constraints on distress among cancer patients. *Health Psychology*, 23, 555-563.
- Zigmond, A.S., og Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.