

ODCZUCIA CHORYCH NA NOWOTWÓR NARZĄDU RODNEGO, U KTÓRYCH ZASTOSOWANO RÓŻNE METODY BRACHYTERAPII

PSYCHOLOGICAL RESPONSE IN PATIENTS SUFFERING FROM THE CANCER OF THE REPRODUCTIVE ORGANS TREATED WITH VARIOUS METHODS OF BRACHYTHERAPY

Jadwiga Łuczak-Wawrzyniak, Marek Kuczyński, Hanna Włodarczyk, Andrzej Roszak, Krystyna Bratos

Wielkopolskie Centrum Onkologii, Oddział Radioterapii Ginekologicznej, ul. Garbary 15, 61-866 Poznań, Poland
Greatpoland Oncology Centre, Department of Gynaecological Radiotherapy, ul. Garbary 15, 61-866 Poznań, Poland

Received February 16th, 2001; received in a revised form August 17th, 2001; accepted August 30th, 2001

STRESZCZENIE

W Wielkopolskim Centrum Onkologii (WCO) jedną z metod leczenia nowotworów szyjki macicy lub błony śluzowej macicy jest brachyterapia metodą afterloading przy użyciu źródeł promieniotwórczych o niskiej i średniej (LDR/MDR) lub wysokiej (HDR) mocy.

Cel: Celem pracy było przeanalizowanie odczuć i zachowań chorych w trakcie brachyterapii.

Materiał i metody: Badaniem objęto 86 kobiet, w tym 56 chorych na raka szyjki macicy i 30 na raka błony śluzowej macicy. Czterdzieści osiem kobiet z obu analizowanych grup zostało poddanych brachyterapii LDR, a 38 - HDR. Metodą badania była rozmowa psychologiczna i obserwacja.

Wyniki: Dla 65 (76%) chorych źródłem informacji na temat stosowanych metod leczenia były najczęściej inne chore. Pozyskiwana wiedza opierała się na własnych odczuciach pacjentek, a nie na informacji naukowej. Porównując obie metody leczenia 76 pacjentek (88%) zdecydowanych byłoby poddać się brachyterapii metodą HDR, ze względu na krótki czas trwania aplikacji. Osiemdziesiąt trzy chore (97%) opisywały swój niepokój przed pierwszą i drugą aplikacją HDR i LDR. Wszystkie chore oceniały brachyterapię jako najtrudniejszy etap leczenia, jednakże możliwy do zaakceptowania.

Wnioski: 1. Brachyterapia jest metodą leczenia, która do momentu poddania się jej budzi znaczne obawy. 2. Obie metody (LDR i HDR) odbierane są przez pacjentki jako trudne, ale w ich przekonaniu bardzo skuteczne. 3. Metoda HDR, w porównaniu z metodą LDR/MDR, jest przez chore bardziej akceptowana z uwagi na krótki czas aplikacji.

Słowa kluczowe: brachyterapia, rak szyjki macicy, rak błony śluzowej macicy, lęk, informacje.

SUMMARY

Brachytherapy using afterloading system with low and medium dose (LDR/MDR) or high dose (HDR) radioactive sources is the method of treatment of uterine cervix or endometrium cancer, applied at the Greatpoland Oncology Centre.

Purpose: The work was aimed at carrying out an analysis of the psychological response and behaviour in patients in the course of brachytherapy.

Materials and methods: The study comprised 86 women, including 56 patients with the cancer of the uterine cervix and 30 patients with the cancer of the endometrium. Forty-eight women from both groups investigated were treated with LDR brachytherapy and 38 women were administered HDR brachytherapy. The methods used in the study were psychological interview and observation.

Results: Sixty-five (76%) patients gained their information about the applied treatment methods from other patients. This information was mainly based on the patients' own psychological response (feelings or perception), rather than on scientific knowledge. By comparing both methods of treatment 76 patients (88%) would have chosen to undergo the HDR brachytherapy due to the short time of its application. Eighty-three (97%) patients reported anxiety before the first and second application of HDR and LDR. All patients considered brachytherapy as the most difficult, although acceptable, time in the course of treatment.

Conclusions: 1. Brachytherapy, until started, gives rise to considerable degree of anxiety. 2. Both LDR and HDR techniques are believed to be difficult, but very effective. 3. The HDR technique, compared with the LDR/MDR techniques, due to the short time of its application is more acceptable be patients.

Key words: brachytherapy, cancer of the uterine cervix, cancer of the endometrium, fear, information.

Rak to choroba otoczona nimbem grozy, pełnią lęku i ludzką niewiedzą. Często kojarzona jest z nieuchronną śmiercią poprzedzoną wielkimi cierpieniami.

Metodą leczenia raka szyjki macicy lub raka błony śluzowej macicy jest leczenie operacyjne oraz radioterapia w skład której wchodzi teleterapia i brachyterapia. W Wielkopolskim Centrum Onkologii brachyterapię stosujemy, tak jak w większości ośrodków onkologicznych, wykorzystując metodę afterloading przy użyciu źródeł promieniotwórczych o niskiej i średniej (LDR/MDR) lub wysokiej mocy (HDR). Poddanie się tej specyficznej metodzie leczenia, o której wyobrażenie zazwyczaj przekracza utarte stereotypy myślenia na temat przyjętych form terapii, wyzwala u chorych wysoki poziom lęku. W tym czasie lęk jest niepożądanym czynnikiem, gdyż w znacznej mierze burzy racjonalne sposoby radzenia sobie w sytuacjach trudnych, zakłócając tym samym dobre przystosowanie do nowych sytuacji i zadań, które stoją przed chorymi.

CEL PRACY

Celem pracy była analiza odczuć i zachowań chorych u których zastosowano różne metody brachyterapii.

MATERIAŁ I METODY

Badaniem objęto 86 chorych leczonych w okresie od stycznia do czerwca 2000 r. na Oddziale Radioterapii Ginekologicznej Wielkopolskiego Centrum Onkologii w Poznaniu. U 56 kobiet rozpoznano raka szyjki macicy od I do IV stopnia klinicznego zaawansowania według klasy-

fikacji FIGO. Średnia wieku w tej grupie chorych wynosiła 56 lat. U 14 chorych rozpoznano I° zaawansowania klinicznego - wszystkie były po operacji usunięcia macicy z przydatkami, u 10 - II°, u 28 - III° i u 4 - IV° zaawansowania. Badaniem objęto również 30 kobiet chorych na raka błony śluzowej macicy. Średnia wieku wynosiła 61 lat. U 14 chorych stwierdzono I° zaawansowania klinicznego i u wszystkich wykonano operację usunięcia macicy z przydatkami. U kolejnych 14 pacjentek rozpoznano II° zaawansowania w tym 10 ze stopniem IIA było także po operacji. Pozostałe 2 chore były w III° zaawansowania klinicznego.

U 38 kobiet, które były po operacji usunięcia macicy z przydatkami zastosowano metodę HDR - walec dopochwowy. U pozostałych 48 chorych zastosowano brachyterapię LDR - sondę i 2 owoidy. Zakładanie tych aplikatorów odbywało się w znieczuleniu ogólnym. Wszystkie pacjentki informowane były przez lekarza o metodzie leczenia, jej zaletach, liczbie planowanych aplikacji oraz sposobie odpowiedniego zachowania się w trakcie aplikacji izotopu. Poza tym każda chora przyjmowana na oddział otrzymywała Informator dla Pacjentek Oddziału Radioterapii Ginekologicznej, w którym przedstawiono podstawowe dane o stosowanych na naszym Oddziale sposobach leczenia.

Metodą badania była rozmowa psychologiczna, podczas której wszystkie chore pod kierunkiem badającego opisywały własną wiedzę o proponowanych metodach brachyterapii, przeżycia i zachowania, których doświadczały w trakcie terapii. Wobec wszystkich

badanych zastosowano także metodę obserwacji zachowań niewerbalnych przed, w trakcie i po zakończeniu brachyterapii.

WYNIKI

W oparciu o przeprowadzone rozmowy i obserwacje w tej grupie chorych stwierdziliśmy, że:

1. Dla 65 (76%) chorych źródłem wiedzy na temat stosowanych metod leczenia były inne chore, które to leczenie przeszły lub przebywały na oddziale już stosunkowo długo i miały na ten temat własną opinię. Pozyskiwana wiedza oparta była na własnych odczuciach pacjentek a nie na informacji naukowej („strasznie bolało”, „nie można wytrzymać na kręgosłup”, „jest duszno”, „nie można zasnąć, aby się nie poruszyć”, „ostatnie godziny są bardzo długie”).
2. Porównując obie metody leczenia 76 (88%) pacjentek zdecydowanych byłoby poddać się leczeniu HDR, ze względu na krótki czas trwania aplikacji (kilka do kilkunastu minut w przeciwieństwie do LDR - około 1 doby).
3. Osiemdziesiąt trzy (97%) chore opisywały swój niepokój przed pierwszą i drugą aplikacją HDR i LDR.
4. Wszystkie chore oceniały brachyterapię jako najtrudniejszy etap leczenia, jednakże możliwy do zaakceptowania.

DYSKUSJA

Choroby nowotworowe, pomimo znaczących dokonań w zakresie ich wykrywania i terapii, ciągle wzbudzają w społeczeństwie lęk. Chorzy na raka, którzy rozpoczynają leczenie w szpitalu onkologicznym dopiero w tym miejscu zdobywają wiedzę na temat swojej choroby i sposobów leczenia. Istnieją cztery źródła pozyskiwania informacji:

1) lekarze; 2) personel uczestniczący w planowaniu i przeprowadzaniu leczenia (technicy radioterapii, pielęgniarki, psycholog); 3) literatura fachowa, informatory, artykuły o tej tematyce ukazujące się w popularnej prasie, magazynach; 4) inni chorzy [1].

Pacjentki, u których rozpoznano raka przybywając do szpitala mają niewielką, a zarazem bardzo ogólną wiedzę na temat sposobów leczenia. W społeczeństwie dominuje, niestety zresztą przekonanie, że głównym sposobem terapii chorób nowotworowych i do tego nie rokującym wyleczenia jest chemioterapia. Wizja kuracji cytotatykami jest tak silna, że zaproponowanie radioterapii, jest początkowo przyjmowane przez chore z ulgą. Wyobrażenie sobie jednak leczenia, które nie jest farmakoterapią lub operacją staje się po chwili zastanowienia także trudne do zaakceptowania. Wpływa na to niemożność wyobrażenia sobie przez chore sposobu działania promieni jonizujących - zwykle kojarzone jest to ze „spalaniem” lub „topieniem” tkanek. Obawy dotyczą także możliwości wystąpienia objawów ubocznych i trudnych do przewidzenia efektów [2, 3]. Na naszym Oddziale najczęstszymi pytaniami zadawanymi przez pacjentki jest pytanie o liczbę „lamp” i to „czym” będą leczone: „Selektronem”, bo tak w mowie potocznej określana jest metoda LDR, czy też otrzymają „HDR-y”. Przybywając na oddział chore aktywnie poszukują wiadomości na te tematy – głównie zadają pytanie: jak to jest? a nie: co to jest? Odpowiedzi na nie szukają głównie wśród współpacjentek, a nie wśród lekarzy. Wiedza przekazywana pomiędzy chorymi obciążona jest osobistą oceną, sprawnością intelektualną i werbalną oraz sposobami radzenia sobie z sytuacjami trudnymi przez każdą z nich. U kobiet, które słuchają takich opowieści, w sposób niezamierzony wywoływane są silne emocje, wśród których dominuje lęk. Tak pozyskiwane informacje kształtują w efekcie wyobrażenia o proponowanym sposobie leczenia i na trwałe zapadają w pamięci. Są również odbierane jako bardziej wiarygodne, w porównaniu z tymi, które głównie oddziałują na sferę intelektualną [4,5]. Wiedza zgromadzona w ten sposób pozostawia niestety niekorzystne skutki w sferze poznawczej i emocjonalnej, których wyrazem jest intensywność przeżywanych negatywnych emocji w związku z kolejnymi etapami terapii [6]. Tak uzyskane „wiadomości” są trudne do skorygowania w trakcie rozmowy z lekarzem.

Po początkowym okresie buntu, a potem oswojenia się z chorobą „lampy”, jako sposób terapii nowotworów szyjki macicy lub błony śluzowej macicy, nie wywołują większych trudności adaptacyjnych.

Jednakże kwalifikacja do leczenia metodą LDR lub HDR wzbudza nadal silne reakcje emocjonalne.

Miejsce, w którym odbywa się leczenie LDR zostało nazwane przez chore „piekiełkiem”. Tak pejoratywne określenie tego miejsca jednoznacznie skojarzone zostało z czekającym cierpieniem. W tej metodzie największą trudnością związaną z aplikacją izotopu w tej metodzie, o której mówiły pacjentki, było długie, trwające ponad 20 godzin, leżenie w stałej pozycji. Dodatkowo wyobrażenie sobie konieczności tak długiego przebywania w zamkniętym pomieszczeniu, bez możliwości kontaktowania się z innymi osobami, powodowało pojawienie się uczucia braku bezpieczeństwa. Chore antycypowały również wystąpienie bólu z powodu niezmiennego ułożenia ciała. Eksponowały one w tym czasie wszelkie dolegliwości, których doświadczały w okresie przed zachorowaniem na raka (zwyrodnienie kręgosłupa, bóle kończyn dolnych, zaburzenia nerwicowe, duszności i bóle w okolicy serca). Mówiły także o swoich obawach w związku z przypadkową zmianą pozycji ciała podczas założenia izotopu, na przykład we śnie. Rozmawiając z pacjentkami po dwóch aplikacjach metodą LDR okazało się, że dolegliwością, której wcześniej nie do końca były świadome, było ograniczenie samodzielności. Niemożność zaspokojenia własnych podstawowych potrzeb (obsłużenie się, wykonanie samodzielnej toalety, wygodne spożywanie posiłków), było elementem trudnym do zaakceptowania. Ograniczenie możliwości werbalizowania aktualnych przeżyć było także doświadczeniem niełatwym. Przeżycia leczonych przez nas chorych potwierdziły teorię, że przebywanie w zamkniętym pomieszczeniu, poczucie osamotnienia oraz zminimalizowany dopływ tak zwanego szumu otoczenia w jakim na co dzień żyjemy, nasila percepcję odczuwanych dolegliwości [7].

Druga aplikacja metodą LDR odbierana była jako trudniejsza. Okazało się,

że w przypadku pierwszej, pomimo występującego lęku, ważną rolę odgrywała ciekawość, a więc sfera poznawcza, dzięki której pacjentki nieustannie weryfikowały wcześniej uzyskaną wiedzę z własnymi odczuciami. W trakcie drugiej, dominującą rolę odgrywały przede wszystkim emocje. Pacjentki koncentrowały się głównie na własnych odczuciach, między innymi zmęczeniu, braku cierpliwości, na doświadczanym cierpieniu i dyskomforcie wynikającym z przymusowej pozycji w trakcie założenia izotopu. Aplikacja ta bez względu na liczbę zaprogramowanych godzin subiektywnie odbierana była jako zdecydowanie dłuższa. Podobnie Andersen i wsp. opisali, że po pierwszym założeniu izotopu pacjenci nadal doświadczają wysokiego poziomu lęku, który na podobnym poziomie pozostaje również po skończonej terapii [8]. Pacjentki, które poddane zostały leczeniu metodą HDR opowiadały o swoim niepokoju przed pierwszym założeniem izotopu. Działo się to głównie za sprawą braku własnych doświadczeń z tym sposobem leczenia oraz lokalizacją aparatu w bunkrze do teleterapii, który znajduje się z dala od Oddziału. Większe trudności adaptacyjne zaobserwowaliśmy u chorych, które w przeszłości borykały się z czynnościowymi zaburzeniami nastroju (nerwica lękowa, klaustrofobia). W przypadku kolejnych aplikacji nie obserwowaliśmy u nich objawów nasilonego lęku. Na podstawie naszych doświadczeń z praktycznym zastosowaniem brachyterapii okazało się, że największą zaletą metody HDR jest przede wszystkim krótki czas aplikacji.

Brachyterapia uznawana jest przez chore z rakiem szyjki macicy lub rakiem błony śluzowej macicy za najtrudniejszy etap leczenia. W badanej przez nas grupie kobiet żadna nie zrezygnowała z proponowanej metody, chociaż w przeszłości obserwowaliśmy takie przypadki. Pomimo lęku, który towarzyszył tej fazie leczenia, wyrażały na nie zgodę. Każda chora posiadała silną potrzebę wykorzystania wszelkich dostępnych metod leczenia raka, wierząc w ich ogromną skuteczność. Chęć wyzdrowienia była na tyle duża, że akceptowano również te sposoby leczenia, które początkowo były trudne do przyjęcia i wzbudzały wysoki lęk.

WNIOSKI

1. Brachyterapia jest metodą leczenia, która do momentu poddania się jej budzi znaczne obawy.
2. Obie metody LDR i HDR odbierane są przez pacjentki jako trudne, ale w ich przekonaniu bardzo skuteczne.
3. Metoda HDR, w porównaniu z metodą LDR/MDR, jest przez chore bardziej akceptowana z uwagi na krótki czas aplikacji.

BIBLIOGRAFIA

1. Eardley A. Radiotherapy: what are patients' needs? *Eur J Surg Oncol* 1985;11:353-5.
2. de Walden-Gałuszko K. Jakość życia w chorobie nowotworowej. 1994;26-7.
3. Rahn AN, Mose S, Zandler-Heinz A. Influence of radiotherapy on psychological health in breast cancer patients after breast conserving surgery. *Anticancer Res* 1998;18:2271-3.
4. Tomaszewski T. *Psychologia ogólna*. PWN;1989.
5. de Walden-Gałuszko K. Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotanatologii. 1992;8-25.
6. Anderson BL, Tewfik HH. Psychological reactions to radiation therapy: reconsideration of adaptive aspects of anxiety. *J Pers Soc Psychol* 1985;4:1024-32.
7. Rollison B, Strang P. Pain, nausea and anxiety during intra-uterine brachytherapy of cervical carcinomas. *Support Care Cancer* 1995;3:205-7.
8. Anderson BL, Karlsson JA, Anderson B, Tewfik HH. Anxiety and cancer treatment: response to stressful radiotherapy. *Health Psychol* 1984;3:535-51.