

Ibane Aizpurua-Perez, Amaia Arregi, David Gonzalez, Maite Aguinaga, Ainitze Labaka, Joana Perez-Tejada

Gizarte-laguntzan oinarrituriko esku-hartze pilotu batek bularreko minbizidun pazienteen aurre-egite estrategietan duen eraginaren azterketa

Analysis of the effect of a pilot peer support intervention on breast cancer patients' coping strategies

Ibane Aizpurua-Perez¹, Amaia Arregi¹, David Gonzalez², Maite Aguinaga², Ainitze Labaka^{1,3},
Joana Perez-Tejada²

Oinarritzko Psikologia Prozesuak eta Garapena Saila, UPV/EHU¹

Onkologikoa Fundazioa²

Erizaintza II Saila, UPV/EHU³

ibane.aizpurua@ehu.eus

Laburpena

Minbizidun pazienteen ingurune hurbilak asetzen ez dituen premiei erantzuteko, berdinen arteko gizarte-laguntzako programak sortu dira azken urteotan. Luzetarako saiakuntza kliniko batean kokatzen den ikerketa honen helburua izan da aztertzea zer eragin duen berdinen arteko gizarte-laguntzako esku-hartze batek estresari aurre egiteko estrategia ezberdinetan, Gipuzkoako Onkologikoa Fundazioan bularreko minbiziaz diagnostikatutako emakumeen artean eta bularreko minbizia gauditutako boluntarioek trukaturako laguntza oinarri hartuta. Esku-hartzea 6 edo 8 gizarte-laguntzako saioz osatu zen, bakoitzean paziente batek eta boluntario batek parte hartu zutelarik. Emaizek islatzen dutenez, talde esperimentaleko emakumeek umorea bezalako aurre-egite egokitzaila gehiago erabili zuten eta ezeztapena bezalako aurre-egite ez-egokitzaila, aldiz, neurri txikiagoan. Gainera, kimioterapia jaso zuten kontrol-taldeko parte-hartzaileen artean umorearen erabilera urriagoa egin zen, jaso ez zutenekin alderatuta. Gure aurkikuntzek iradokitzen dute berdinen arteko gizarte-laguntzako programek arintzen lagun dezaketela esperientzia kaltegarriek pazienteen osasunean izan dezaketen eragin negatiboa, estresari aurre egiteko estrategia egokitzailak sustatuz eta ez-egokitzailak murriztuz.

Gako-hitzak: bularreko minbizia, gizarte-laguntza, aurre egiteko estrategiak, umorea, ezeztapena.

Abstract

In cancer patients, peer support programs have emerged in recent years with the aim of meeting the social support needs not covered by the patients' close environment. This research project is framed within a longitudinal clinical trial and aimed to analyse the impact of a peer support program on coping strategies in breast cancer patients from the Onkologikoa Foundation of Gipuzkoa, based on the support provided by people who have faced similar challenges or problems. The intervention

consisted of 6 or 8 sessions of social support involving a patient and a volunteer. The results show that women in the intervention group used adaptive coping strategies such as humor to a greater extent and non-adaptive coping strategies such as denial to a lesser extent. In addition, a lower use of humor was observed among those participants in the control group who received chemotherapy compared to those who did not. These results suggest that peer support programs can help reduce the negative impact of harmful experiences on the health of breast cancer patients, specifically by promoting adaptive coping strategies and reducing non-adaptive ones.

Keywords: breast neoplasms, peer-support, coping, humour, denial.

Bidalia: 21/09/07

Onartua: 22/11/20

<http://doi.org/10.26876/Osagaiz.1.2023.410>

1. Sarrera eta motibazioa

Bularreko minbizia da mundu-mailan emakumeei eragiten dien minbizi ohikoena, eta Espainian heriotza-tasa handiena sortzen duen tumore mota da (1). Tratamenduetan, prebentzioan eta detekzio-tekniketan egindako hobekuntzek minbiziaren biziraupen-indizeak nabarmen handitu dituzten arren, diagnostikoak luze irauten duten osasun-ondorioak ekartzen ditu. Zenbait ikerketaren arabera, bularreko minbizia duten pazienteen % 30ek, gutxi gorabehera, egokitzapen-zailtasunak adierazten ditu (2,3) eta % 22 inguruk osasunari loturiko bizi-kalitatearen narriadura larria erakusten du (4). Zentzu horretan, zenbait aldagaik, hala nola minbiziaren estadioak edo tratamendu motak, pazienteen ongizatean eragin handia dutela ikusi da, eta azken hori bereziki pazienteen eguneroko funtzionamendurako faktore kaltegarrienetako bat dela diote hainbat ikerketak, sortzen dituen ondorio fisiko eta psikologikoak direla eta (5). Tratamendu desberdinen artean (batez ere, kirurgia, erradioterapia, kimioterapia eta hormonoterapia), kimioterapia da gaur egun pazienteengan estres-maila handiena eragiten duena (6), distres emozionala eta sintoma fisiko ugari sor baititzake, tratamendua amaitu ondoren ere iraun dezaketenak (7,8).

Gaixotasunarekiko egokitzapenari zein bizi-kalitatearen hobekuntzari loturiko faktore garrantzitsu bat aurre-egite mota da (9). Lazarus eta Folkman-ek (1984) baliabide pertsonalak gainditzen dituzten kanpo- eta/edo barne-egoerak kudeatzeko ezagutza eta portaera-ahaleginak bezala definitu zituzten aurre egiteko estrategiak. Zehazki, literaturak iradokitzen du zenbait estrategia beste batzuk baino egokitzailleagoak izan daitezkeela. Horrela, aurre egiteko estrategia egokitzailleak, oro har, aurre egiteko prozesu eraikitzaileagoak sustatuz gaixotasuna jasaten duten gizabanakoei mesede egin diezaiekeen bitartean, estrategia ez-egokitzailleak ez dira hain erabilgarritzat edo funtzionaltzat jotzen (11). Hala, ukapena eta ekiditea bezalako aurre egiteko estrategia ez-egokitzailleak ongizate-maila baxu eta antsietate- eta depresio-sintoma gehiagorekin erlazionatu dira bularreko minbizidun pazienteetan (9,12,13). Horrez gain, kimioterapia jasotzeak ere etsipena, antsietate-kezka eta ekiditea bezalako estrategia ez-egokitzailleen erabilera areagotzen duela berriki baieztatu du azterlan batek (14). Aurre egiteko estrategia egokitzailleei dagokienez, emaitza psikologiko hobegoekin lotuta egoteaz gain (15), gizarte-laguntzaren pertzepzio altuagoekin ere erlazionatu izan dira bularreko minbiziaren diagnostikoa jaso berri duten emakumeen artean (16).

Zentzu horretan, pazientearen ingurune hurbilak emandako gizarte-laguntzak funtsezko eginkizuna betetzen du gaixotasunaren egokitzapen-prozesuan eta tratamenduekin zerikusia duten antsietate- eta depresio-mailen murrizketan (17). Hala ere, ikerketa batzuek diotenez, pazienteen zenbait premia, hala nola heriotzari aurre egitea, isolamendua gutxitzea edo erru-sentimenduak kudeatzen jakitea, maiz ez dira asetzen (18). Urte batzuetatik hona, aipaturiko beharrak asetzeko helburuarekin berdinen arteko gizarte-laguntzarako programa ezberdinak sortu dira. Berdinen arteko gizarte-laguntzak erreferentzia egiten dio arazo edo erronka berdintsuetatik igaro diren pertsonen beste batzuei emandako edo trukaturako laguntzari. Programa horiek aztertu dituzten ikerketen aburuz, pazienteen gogo-aldarteak, aurre egiteko estiloak eta egokitzapen-gaitasunak, besteak beste, hobera

Ibane Aizpurua-Perez, Amaia Arregi, David Gonzalez, Maite Aguinaga, Ainitze Labaka, Joana Perez-Tejada

egiten dute, beren gaixotasunaren eta tratamenduaren inguruko ezagutza handiagoa dutela sumatzeaz gain (18,19). Horrela, antzeko esperientzietatik igaro diren pertsonak kokaleku ezin hobean egon daitezke pazientearen inguruneak asebetetzen ez dituen behar sozialak asetzeko, minbiziarekin bizitzea zer den benetan ezagutzen baitute, eta, beraz, gizarte-laguntza prozesuari ikuspuntu bakar eta paregabea emateko gaitasuna dute (20).

2. Arloko egoera eta ikerketaren helburuak

Berdinen arteko gizarte-laguntzarako programek emaitza psikologiko positiboak, eta zehazki, aurre egiteko estrategia eraginkorren erabilera sustatu duten arren, orain arte egindako ikerketek gabezia handiak erakusten dituztela diote autore askok (20,21). Horrela, aurkitutako gabezien artean, nabarmentzekoak dira, besteak beste, saiakuntza kliniko sistematikoen falta, erabilitako tresnak baliozkotzea eta parte-hartzaileen egoera basala ebaluatzea. Beraz, beharrezkoa da bularreko minbizia duten pazienteekin gizarte-laguntzarako programen inguruko ikerketa gehiago egitea, haien onura psikologikoak zeintzuk diren argitze aldera.

Hori dela eta, ikerketa honek bilatzen du, Onkologikoa Fundazioan bularreko minbiziaz diagnostikatutako emakumeen artean, berdinen arteko gizarte-laguntzarako esku-hartze batek estresari aurre egiteko estrategia ezberdinetan duen eragina ebaluatzea, bularreko minbizia gainditutako boluntarioek emandako edo trukaturako laguntza oinarri hartuta. Zehazki, ikerketak honako helburu zehatz hauek planteatzen ditu:

- 1) Programak pazienteetan aurre egiteko estrategia egokitzailak sustatzeko duen eraginkortasuna aztertzea.
- 2) Era berean, programak pazienteen aurre egiteko estrategia ez-egokitzailak murrizteko duen eraginkortasuna ebaluatzea.
- 3) Azkenik, pazienteek erabilitako aurre egiteko estrategiak kimioterapia jaso edo jaso ez izanaren arabera aldatzen diren aztertzea.

Bestalde, esku-hartzeak pazienteen aurre egiteko estrategietan izan ditzakeen efektuei buruzko hipotesi hauek planteatzen ditugu:

1. Talde esperimentaleko parte-hartzaileek estresari aurre egiteko estrategia egokitzailak neurri handiagoan erabiliko dituzte, eta neurri txikiagoan estrategia ez-egokitzailak.
2. Kontrol-taldeko parte-hartzaileek estresari aurre egiteko estrategia egokitzailak hein txikiagoan erabiliko dituzte, eta hein handiagoan estrategia ez-egokitzailak.
3. Kimioterapia jasotako talde esperimentaleko eta kontrol-taldeko parte-hartzaileek aurre egiteko estrategia ez-egokitzailen erabilera handiagoa egingo dute, eta, aldiz, estrategia egokitzailen erabilera urriagoa egingo dute, jaso ez dutenekin alderatuta.

3. Ikerketaren diseinua

Ikerketa-proiektu hau luzetarako saiakera kliniko gurutzatu baten barnean kokatzen da, Onkologikoa Fundazioko bularreko minbizia duten pazienteen artean berdinen arteko gizarte-laguntzarako esku-hartze baten eraginkortasuna ebaluatzeko asmoz. Gizarte-laguntzarako programa bularreko minbizia gainditu eta tratamendua gutxienez duela urtebete amaitu zuten boluntarioen eskutik egin zen. Pertsona horiek 18 orduko prestakuntza-programa batean parte hartu zuten pazienteekin aurrez aurre, bideokonferentziaz edo telefonoz kontaktuan jarri aurretik. Bi ikertzaile pazienteak errekrutatzeaz, programaren logistikaz, boluntarioen eta pazienteen arteko parekatzeak egin eta

haiekin harremanak mantentzeaz arduratu ziren, besteak beste. Ikerketa-proiektuak Euskadi eta UPV/EHUko Etika Batzordearen onspena jaso zuen.

4. Parte-hartzaileak eta errekrutatze-prozesua

Boluntarioen errekrutatzea Onkologikoa Fundazioko, “Kattalin” Bularreko eta Ginekologiako Minbiziaren Elkarteko eta Osakidetzako Paziente Aktibo programako paziente ohien artean egin zen, informazio-gutunak bidaliz eta zenbait hitzaldi antolatuz. Inklusio-irizpideak honakoak izan ziren: (1) gutxienez 18 urte izatea, (2) tratamendua gutxienez duela urtebete amaitu izana, (3) nahaste psikologiko larri baten diagnostikoa iraganean edo gaur egun jaso ez izana (DSM-V irizpideen arabera). Programan parte hartzeko interesa zuten eta inklusio-irizpideak betetzen zituzten guztiei banakako elkarrizketa psikologiko bat egiteko deitu zitzairen. Guztira 12 boluntario hautatu ziren proiektuan parte hartzeko.

Pazienteak, bestalde, Onkologikoa Fundazioan I-III estadioko bularreko minbiziak diagnostikaturiko 37 emakume izan ziren, non aurrerantzean horietako 17k kimioterapia-tratamendua eta 20k kimioterapia gabeko tratamendua jasoko zuten. Parte hartzaileen errekrutatzea 2019ko ekainetik 2020ko azarora bitartean egin zen. Aipatzekoa da ikerketan emakumeak bakarrik sartu izanaren arrazoa bularreko minbiziaren diagnostikoa jaso eta programan parte hartzeko beren burua eskaini zuten gizonezko boluntarioek ez izatea izan zela. Bularreko minbiziaren esperientzia psikologikoa gizonengan eta emakumeengan oso desberdina izan daitekeela kontuan hartuz (22), ikerketa honetako pazienteak soilik emakumeak izatea erabaki genuen, boluntarioek beren behar emozionalak ahalik eta hobekien asebate zituzten. Beraz, diagnostikoa jaso eta egun berean, inklusio-irizpideak betetzen zituzten emakumeei parte hartzeko proposamena luzatu zitzairen banakako elkarrizketa batean. Pazienteak hautatzeko irizpideak honako hauek izan ziren: (1) 30-70 urte bitarteko adina, (2) bularreko minbiziaren diagnostikoa azken hilabetean jaso izana, (3) tumore mota (batez ere, hazkunde azkarreko tumoreen edo Her2 positiboan, tumore hirukoitz negatiboan eta hormona-mendekotasuna duten tumoreen kasuan) eta tratamendua boluntarioek jasotakoarekin bat etortzea. Bazterte-irizpideei dagokienez: (1) berragertze bat izatea, (2) metastasi bat izatea, (3) nahaste psikologiko larri baten diagnostikoa iraganean edo gaur egun izatea (DSM-V irizpideen arabera). Proiektuaren berri eman ondoren, ikerketan parte hartu nahi izan zuten paziente guztiekin lehen ebaluazioko datuak biltzeko hitzordu bat adostu zen, aldeztatik baimen informatua sinatu eta gero.

5. Esku-hartzea

Boluntarioen sendatze mental eta fisikoa banakako elkarrizketa psikologiko erdiegituratu baten bitartez eta galdetegi psikologiko hetero-administratuen bidez egokia zela aztertu eta programan parte hartzeak ahalik eta eragin psikologiko txikiena sorrarazten ziela baieztatu ondoren, hautatuak izan zirenek Psikologia Fakultateko bi irakaslek prestatutako formakuntza-ikastaro batean parte hartu zuten ikertzaileen ikuskaritzapean. Zehazki, 3 hilabetetan zehar 3 orduko 6 saio egin ziren, irakurketak, talde-lanak eta *role-playing* jarduera ezberdinak gauzatu. Ikastaroan honako eduki espezifiko hauek landu ziren: emozioen adierazpena eta erregulazioa, entzute aktiboa, enpatia eta komunikazio-trebetasunak, besteak beste. Horretaz gain, pazienteen informazioari buruzko konfidentzialtasunaren garrantzia azpimarratu zitzairen boluntarioei formakuntzan zehar. Laguntza-programari dagokionez, 15 egunetik behin egin ziren 6 edo 8 gizarte-laguntzarako saioz osatuta egon zen, bakoitzean paziente batek eta boluntario batek parte hartu zutelarik. Saioen kopurua pazienteen tratamenduaren iraupenaren arabera izan zen. Kimioterapia jaso behar izan zuten pazienteen kasuan, programa gizarte-laguntzako 8 saioz eratu zuten eta iraupen txikiagoko erradioterapia-tratamendua jaso zuten kasuan 6 saioz osatuta egon zen.

Ibane Aizpurua-Perez, Amaia Arregi, David Gonzalez, Maite Aguinaga, Ainitze Labaka, Joana Perez-Tejada

Boluntarioen eta pazienteen arteko saioak Onkologikoa Fundazioko areto egokitueta aurrez aurre egiten hasi baziren ere, COVIDaren egoerak saioen modalitatea aldatu eta bideokonferentzia edo telefono bidez egitera behartu gintuen. Pazienteekin izandako saio bakoitzaren ostean eta programa honen funtsezko osagai gisa, boluntario bakoitza gainbegiratze psikologikorako banakako saioetara joan zen, erretraumatizazio eta antsietate-depresio sintomen berragertzea ekiditeko asmoz. Paziente bakoitza boluntario batekin parekatzeko irizpide nagusiak tumore mota eta tratamendu medikoa izan ziren; izan ere, Pistrang eta kideen (23) gomendioei jarraituz, berdinaren arteko gizarte-laguntzarako programa eraginkorra izan dadin, boluntarioen eta pazienteen tumore motak eta tratamenduak berdinak izan behar dute. Aipatutakoez gain, beste alderdi batzuk ere hartu ziren kontuan, hala nola pazienteen nortasunaren eta bizimoduaren zenbait ezaugarri.

6. Datuen bilketa eta galdetegiak

Pazienteen datuak tratamendua hasi aurretik eta 3-4 hilabetera jaso ziren, ebaluazio bakoitzean aldagai soziodemografikoak (adina, lan-egoera), klinikoak (tratamendu mota, psikofarmakoen kontsumoa) eta aurre egiteko estrategiak aztertu zirelarik. Pazienteek aurkezturiko aurre egiteko estrategiak neurtzeko COPE-28 (24,25) tresna erabili zen. Populazio onkologikoan balioztatutako dimentsio anitzeko galdetegi izanik (26), egoera estresagarri erantzuteko estrategia eraginkor eta ez-eraginkor ezberdinak aztertzen ditu. Tresna hori hogeita zortzi galderaz osatutako hamalau azpieskalatan banatzen da: aurre-egite aktiboa, planifikazioa, laguntza emozionala, gizarte-laguntza, erlijioa, berregituratze kognitiboa, onespina, ezeztapena, umorea, autodistrakzioa, erruztapena, jokabide-deskonexioa, barrenen hustea eta substantzien erabilera, hain zuzen. Erantzun bakoitza 0-3 puntu bitarteko Likert motako eskalan neurtzen da, non 0-k "inola ere ez" eta 3-k "askotan" adierazten duten. Zenbat eta altuagoa izan aurre egiteko azpieskala bakoitzean lortutako puntuazioa, orduan eta handiagoa estrategia konkretu horren erabilera. Tresnak azpieskala bakoitzean aurkezturiko Cronbach-en alfa koefizientea honakoa izan zen 1. eta 2. ebaluazioetan: aurre-egite aktiboa ($\alpha_1=0,678/\alpha_2=0,805$); planifikazioa ($\alpha_1=0,608/\alpha_2=0,608$), laguntza emozionala ($\alpha_1=0,587/\alpha_2=0,794$), gizarte-laguntza ($\alpha_1=0,607/\alpha_2=0,623$), erlijioa ($\alpha_1=0,923/\alpha_2=0,965$), berregituratze kognitiboa ($\alpha_1=0,516/\alpha_2=0,717$), onespina ($\alpha_1=0,736/\alpha_2=0,496$), ezeztapena ($\alpha_1=0,697/\alpha_2=0,735$), umorea ($\alpha_1=0,680/\alpha_2=0,892$), autodistrakzioa ($\alpha_1=0,536/\alpha_2=0,417$), erruztapena ($\alpha_1=0,667/\alpha_2=0,536$), jokabide-deskonexioa ($\alpha_1=0,821/\alpha_2=0,878$), barrenen hustea ($\alpha_1=0,356/\alpha_2=0,377$), substantzien erabilera ($\alpha_1=0,704/\alpha_2=0,808$).

Datu soziodemografiko, kliniko eta psikologikoak lehen aldiz bildu ostean, bloke orekatuen bidezko ausazkotasun-sistema erabiliz paziente bakoitza talde esperimentalean (TE) edo kontrol-taldean (KT) parte hartzeko zoriz hautatua izan zen. TEko partaideek gizarte-laguntzarako programa jaso zuten eta KTkoek, ordea, ohiko tratamendu medikoa. Lehenengo ebaluazioa egin eta lau hilabetera, aldagai soziodemografiko, kliniko eta psikologikoen bigarren ebaluazioa egin zen.

7. Analisi estatistikoak

Analisi estatistiko guztiak IBM SPSS 24.0 Statistics erabiliz egin ziren. Analisiak egin aurretik, COPE-28 galdetegiko azpieskala bakoitzaren fidagarritasuna aztertu eta 0,6tik beherako Cronbach-en alfa koefizientea lortu zuten azpieskalak ezabatuak izan ziren (berregituratze kognitiboa, onespina, autodistrakzioa, erruztapena eta barrenen hustea). Laguntza emozionala eta aurre-egite aktiboa azpieskalak izan ezik, gainerako guztiek banaketa normalari ez ziotela jarraitzen egiaztatu ondoren, Bloom-en eraldaketa aplikatu zitzaizkien. Taldea (TE/KT) eta kimioterapia (bai/ez) aldagai askeen

banakako eragina batetik eta bien arteko interakzioen eragina bestetik azpieskala bakoitzean aztertzeko, faktore anitzeko ANOVA analisia erabili zen. Azkenik, taldea eta kimioterapia aldagaien azpitaldeen batezbestekoen arteko alderaketak egiteko post hoc analisiak Tukey-ren alderaketa anizkoitzen probaren bitartez egin ziren. Taldeen arteko desberdintasunen tamaina Hedges-en g eta Cohen-en D estatistikoaren bitartez neurtu ziren eta esangura-irizpidea $p < 0,05$ ean finkatu zen.

8. Emaitzak

1. taulan pazienteen ezaugarri soziodemografiko eta klinikoen estatistiko deskribatzaileak ageri dira. Taldeei dagokienez, T eta Mann Witney-ren U probek TEaren eta KTaren arteko ezberdintasun esanguratsurik ez zegoela adierazi ziguten.

1. taula. Laginaren ezaugarriak.

Ezaugarriak	Talde esperimentalak (n=20)	Kontrol-taldea (n=17)
Adina (batez beste) \pm DE	53,53 \pm 7,80	54,15 \pm 8,03
Lan-egoera, n (%)		
Lanean	3 (% 15)	7 (% 41,2)
Etxekoandrea	3 (% 15)	3 (% 17,6)
Langabezian	3 (% 15)	-
Bajan	7 (% 35)	5 (% 29,4)
Erretiratua	3 (% 15)	2 (% 11,8)
Erantzunik gabe	1 (% 5)	-
Tratamendua, n (%)		
Kirurgia	20 (% 100)	17 (% 100)
Kirurgia kontserbatzailea	14 (% 70)	14 (% 82,4)
Mastektomia	6 (% 30)	3 (% 17,6)
Erradioterapia	17 (% 85)	16 (% 94,1)
Kimioterapia	8 (% 40)	9 (% 52,9)
Hormonoterapia	19 (% 95)	16 (% 94,1)
Estadioa, n (%)		
I estadioa	6 (% 30)	4 (% 23,5)
II estadioa	10 (% 50)	8 (% 47,1)
III estadioa	4 (% 20)	5 (% 29,4)
Psikofarmakoak, n (%)	5 (% 25)	2 (% 11,8)
Gizarte-laguntzarako saioen iraupena (minutuak batez beste)	43,24	-

Ibane Aizpurua-Perez, Amaia Arregi, David Gonzalez, Maite Aguinaga, Ainitze Labaka, Joana Perez-Tejada

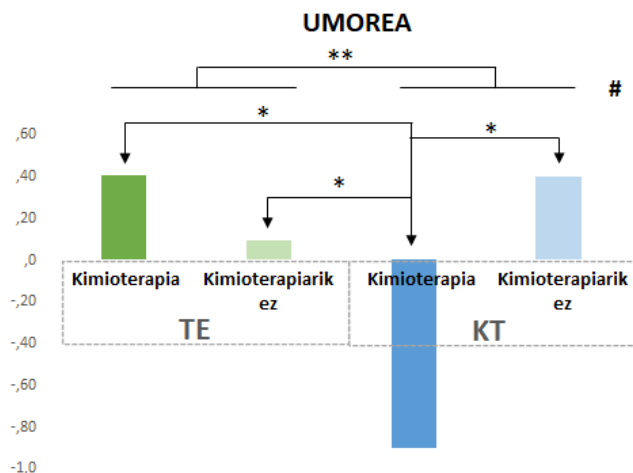
2. taula. Taldea, kimioterapia eta bien arteko interakzioaren efektuak parte-hartzaileek COPE-28 galdetegiko azpieskaletan lortutako puntuazioetan.

Azpieskalak	Aldagai askeak		
	Taldea (TE/KT)	Kimioterapia (BAI/EZ)	Taldea x Kimioterapia
Umorea	TE (\bar{X} =0,217) KT (\bar{X} =-0,249) p=0,080	BAI (\bar{X} =-0,246) EZ (\bar{X} =0,214) p=0,084	p=0,006**
Ezeztapena	TE (\bar{X} =-0,290) KT (\bar{X} =0,363) p=0,026*	BAI (\bar{X} =-0,270) EZ (\bar{X} =0,216) p=0,061	p=0,523
Planifikazioa	TE (\bar{X} =0,005) KT (\bar{X} =0,012) p=0,994	BAI (\bar{X} =-0,134) EZ (\bar{X} =0,122) p=0,361	p=0,232
Laguntza emozionala	TE (\bar{X} =0,118) KT (\bar{X} =-0,144) p=0,420	BAI (\bar{X} =-0,066) EZ (\bar{X} =0,055) p=0,736	p=0,640
Aurre-egite aktiboa	TE (\bar{X} =-0,200) KT (\bar{X} =0,243) p=0,199	BAI (\bar{X} =0,049) EZ (\bar{X} =-0,045) p=0,933	p=0,396
Jokabide-deskonexioa	TE (T=16,850) KT (T=20,562) p=0,305	BAI (T=18,625) EZ (T=18,400) p=0,962	-
Substantzien erabilera	TE (T=18,050) KT (T=19,062) p=0,789	BAI (T=19,062) EZ (T=18,050) p=0,789	-
Gizarte-laguntza	TE (T=19,575) KT (T=17,156) p=0,498	BAI (T=18,968) EZ (T=18,125) p=0,814	-
Erlijioa	TE (T=21,175) KT (T=15,156) p=0,089	BAI (T=18,650) EZ (T=18,312) p=0,937	-

\bar{X} = Batezbesteko aritmetikoa, faktore anitzeko ANOVA proba parametrikoa egin den kasuetan; T= Batez besteko tartea, Mann Witney proba ez-parametrikoa egin den kasuetan; *p<0,05; **p<0,01

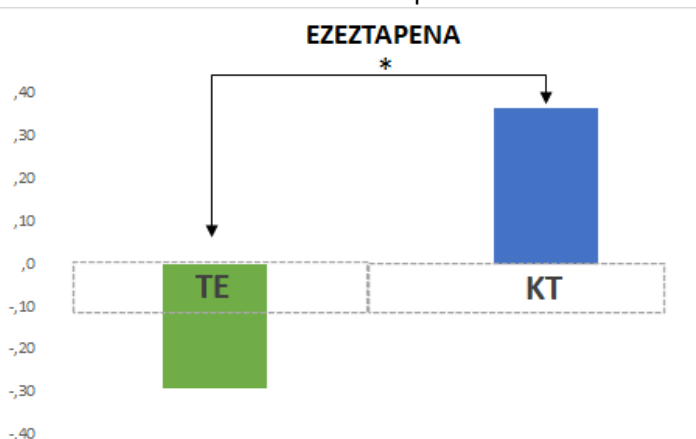
Aurre egiteko estrategiei dagokienez, ANOVA probaren emaitzek taldea eta kimioterapia aldagaien arteko interakzio esanguratsua utzi zuten agerian umorea azpieskalaren puntuazioetarako (2. taula). Zehazki, *post hoc* analisisiek adierazi zuten ezberdintasun horiek “TE kimioterapiarik ez - KT kimioterapia” ($X=0,09$ vs $X=-0,89$; $p=0,055$; $g=1,21$), “KT kimioterapiarik ez - KT kimioterapia” ($X=0,39$ vs $X=-0,89$; $p=0,016$; $g=1,58$) eta “TE kimioterapia - KT kimioterapia” ($X=0,40$ vs $X=-0,89$; $p=0,016$; $g=1,60$) azpitaldeen artean ematen zirela. Zehazki, azpitaldeen batezbestekoen arteko aldean tamainari erreparatuz, TEko kimioterapiarik ez eta kimioterapia azpitaldeek KTko kimioterapia azpitaldekoek baino puntuazio altuagoak eskuratu zituzten umorea azpieskalan. Azkenik, KTko partaideen artean, kimioterapiarik ez azpitaldekoek kimioterapia jaso izan zuten partaideek baino puntuazio altuagoak eskuratu zituzten (1. irudia).

1. irudia. Umorea.



Ezeztapena azpieskalaren kasuan, soilik taldea aldagaiaren banakako efektuak lortu zuen esanguratsutasuna eta ez, ordea, taldea eta kimioterapia aldagaien arteko interakzioak (2. taula). Zehazki, azpitaldeen batezbestekoen arteko aldean tamainari erreparatuz, TEko kideek KTkoek baino puntuazio baxuagoak eskuratu zituzten ($X=-0,29$ vs $X=0,36$; $D=0,33$) (2. irudia).

2. irudia. Ezeztapena.



Azkenik, 2. taulan ikus daitekeenez, ez zen aurkitu taldea eta kimioterapia aldagaien araberako desberdintasun esanguratsurik gainerako aurre egiteko azpieskaletan.

9. Ondorioak

Ikerketa honen helburua izan zen aztertzea bularreko minbizia zuten pazienteen artean berdinen arteko gizarte-laguntzarako esku-hartze batek estresari aurre-egiteko estrategietan zuen eragina. Lagina estadio goiztiarrean (I-III) zeuden eta lehenengo ebaluazioaren unean oraindik tratamenduarekin hasi ez ziren edo kimioterapia-saio bat edo bi jaso zuten 37 emakume diagnostikatu berrik osatu zuten. Gure lagina osatu zuten paziente guztiei bularreko kirurgia egin zitzaizen minbiziaren aurkako tratamenduaren barruan. Kasu gehienetan, kirurgiak izaera kontserbatzailea izan zuen (koadrantektomia edo tumorektomia), eta tratamendu atxikitzailea erradioterapiak eta hormonoterapiak osatu zuten nagusiki. Gizarte-laguntzarako programari dagokionez, nabarmentzekoa da pazienteen eta boluntarioen arteko saioen batez besteko iraupena ertain-altua izan zela eta talde esperimentaleko paziente bakar batek ere ez zuela programa utzi hasi

Ibane Aizpurua-Perez, Amaia Arregi, David Gonzalez, Maite Aguinaga, Ainitze Labaka, Joana Perez-Tejada

ondoren, zeina saioetara behar bezala atxiki izanaren eta programaren kalitatearen seinale adierazgarri bat izan daitekeen.

Ikerketa honen emaitzek iradokitzen dute berdinen arteko gizarte-laguntzarako programa pazienteen aurre egiteko estrategia egokitzailak areagotzeko eta ez-egokitzailak murrizteko eraginkorra izan dela. Zehazki, KTan ez bezala, TEko emakumeen artean “umorea” estrategia egokitzailaren erabilera handiagoa, eta, aldiz, “ezeztapena” estrategia ez-egokitzailaren erabilera urriagoa aurkitu genuen, azterlanaren hasieran planteatutako lehenengo bi hipotesiak berretsiz. Emaitza hauek bat datoz Ozdemir eta Tas-Arslan-en (27) aurkikuntzeekin; izan ere, autore horien arabera, gizarte-laguntzak bularreko minbizidun emakume-talde baten aurre egiteko estrategia egokitzailen erabilera aurreikusten zuen, gizarte-babesa estresaren kudeaketa eraginkorraren funtsezko erreferentzia-puntu gisa ulertuz. Bestalde, hirugarren hipotesiari dagokionez, gure emaitzek adierazten dute soilik partzialki beteko litzatekeela; izan ere, kontrol-taldean bakarrik ikusi ahal izan den bezala, kimioterapia jaso zuten parte-hartzaileek gutxiago erabili zuten umorea, jaso ez zutenek baino. Beraz, emaitza hauek aurreko ikerketen aurkikuntzak indartuko lituzkete, non estrategia ez-egokitzailen erabilera handiagoaren eta kimioterapia jaso izanaren arteko lotura aditzera ematen den (7,8).

Estresari aurre egiteko estrategia ezberdinen artean, umorea da bularreko minbiziari buruzko ikerketan gutxien aztertutako bat (28); hala ere, zenbait ebidentziak iradokitzen dute distresaren garapenaren aurrean babes-efektua izan dezakeela. Zehazki, Carver eta kideek (29) ikusi zuten, 12 hilabeteko jarraipena egin zitzaizen bularreko minbizidun paziente-talde batean, umorea erabiltzeak etorkizuneko antsietate eta depresio sintomen agerpen urriagoa aurreikusten zuen. Autore horiek, halaber, ezeztapenean oinarritutako aurre-egiteak antsietate eta depresio sintoma gehiago iragartzen zituela aurkitu zuten. Aurkikuntza horiek urte batzuk geroago Roussi eta kideek (30) baieztatu zituzten; izan ere, bularreko minbizia zuten pazienteen artean, umorea beren aurre egiteko strategiaren oinarri zutenek antsietate- eta depresio-maila txikiagoak erakutsi zituzten, eta aurre-egitea ukapenean oinarritzen zutenek, berriz, handiagoak. Gainera, azken urteotan frogatu da ezeztapena bezalako aurre egiteko estrategia ez-egokitzailen erabilera bularreko minbizidun pazienteen bizi-kalitatearen maila baxuagoekin erlazionatzen dela (31).

Ikerketa honetan, esku-hartzeak pazienteen antsietate eta depresio sintometan eta bizi-kalitatean duen eragina aztertu ez bada ere, aldagai horiek geroko ikerketetan ebaluatzeko asmoa dugu. Gainera, kirurgia kontserbatzailea edo mastektomia jasotzeak parte-hartzaileen osasun psikologikoan eragin desberdinak izan ditzakeela uste dugu; beraz, kirurgia mota etorkizunean aintzat hartuko den aldagaia izango da. Azkenik, esateko da ikerketa honetako 37 parte-hartzaileen lagin eskasak emaitzen esangura estatistikoa mugatu dezakeela, eta, beraz, datozen ikerketetan laginaren tamaina handitu beharko dugula. Aipatutako mugak kontuan hartuta, gure emaitzek iradokitzen dute berdinen arteko gizarte-laguntzarako programek arintzen lagun dezaketela esperientzia kaltegarriek pazienteen osasunean izan dezaketen eragin negatiboa, estresari aurre egiteko estrategia egokitzailak sustatuz eta ez-egokitzailak murriztuz.

10. Etorkizunerako planteatzen den norabidea

Tesi-proiektuak iraungo duen hurrengo bi urteetan zehar gure lagina 120 pazientera zabaltzea espero dugu. Gainera, programak beste aldagai psikologiko batzuetan (antsietate- eta depresio-sintomak, bizi-kalitatea, erresilientzia eta gizarte-babesaren pertzepzioa, besteak beste), immunitate-sisteman (IL-1 β , IL-6 eta TNF- α zitokinen mailak zehaztuz) eta HPA ardatzean (kortisolaren eguneko zikloaren neurketaren bidez) dituen berehalako eta luzerako eraginak aztertuko ditugu. Izan ere, antsietate eta depresio sintomekin batera, bularreko minbiziaren bilakaera, progresio eta berragertzearekin erlazionatu izan diren sistemak baitira.

Luzetarako saiakuntza kliniko batean kokatzen den tesi-proiektu honek arreta onkologiko integralaren alderdi psikosozialak hartzen ditu bere gain, gaixotasunaren tratamenduak irauten duen bitartean bularreko minbizidun pazientearen esperientzia hobetu nahi delarik. Programaren inplementazioaren bidez, besteak beste, diagnostikoarekin eta tratamendurekin lotutako antsietate- eta depresio-sintomak murriztea espero dugu, eta horrekin, pazienteen bizi-kalitatea hobetzen laguntzea.

11. Erreferentzia bibliografikoak

1. Morato-Martínez M, Santurino C, López-Plaza B, Arcos-Castellanos L, Clavero-Fraile M, Valero-Pérez M, Palma-Milla S, Valero M, Gómez-Candela C. A standardized, integral nutritional intervention and physical activity program reduces body weight in women newly diagnosed with breast cancer. *Nutr Hosp.* 2021 Eka;38(3):575-584.
2. Burgess C, Cornelius V, Love S, Graham J, Richards M, Ramirez A. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *Br Med J.* 2005 Mar;330(7493):702-705.
3. Henselmans I, Helgeson VS, Seltman H, de Vries J, Sanderman R, Ranchor A V. Identification and prediction of distress trajectories in the first year after a breast cancer diagnosis. *Health Psychol.* 2010 Mar;29(2):160-168.
4. Ahn SH, Park BW, Noh DY, Nam SJ, Lee ES, Lee MK, Kim SH, Lee KM, Park SM, Yun YH. Health-related quality of life in disease-free survivors of breast cancer with the general population. *Ann Oncol.* 2007 Urt;18(1):173-182.
5. Quattropani MC, Lenzo V, Filastro A. Predictive factors of anxiety and depression symptoms in patients with breast cancer undergoing chemotherapy. An explorative study based on metacognitions. *J Psychopathol.* 2017 Eka;23(2):67-73.
6. Samami E, Elyasi F, Mousavinasab SN, Shojaee L, Zaboli E, Shahhosseini Z. The effect of a supportive program on coping strategies and stress in women diagnosed with breast cancer: A randomized controlled clinical trial. *Nurs open.* 2021 Mai;8(3):1157-1167.
7. Bower JE, Ganz PA, Desmond KA, Bernards C, Rowland JH, Meyerowitz BE, Belin TR. Fatigue in long-term breast carcinoma survivors: a longitudinal investigation. *Cancer.* 2006 Ots;106(4):751-758.
8. Oh P-J, Cho J-R. Changes in Fatigue, Psychological Distress, and Quality of Life After Chemotherapy in Women with Breast Cancer: A Prospective Study. *Cancer Nurs.* 2020 Urt;43(1):E54-E60.
9. Brandão T, Schulz MS, Matos PM. Psychological adjustment after breast cancer: a systematic review of longitudinal studies. *Psychooncology.* 2017 Uzt;26(7):917-926.
10. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping.* Berlín, Germany: Springer Publishing Company; 1984.
11. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol.* 1989 Ots;56(2):267-283.
12. Alcalar N, Ozkan S, Kucucuk S, Aslay I, Ozkan M. Association of Coping Style, Cognitive Errors and Cancer-related Variables with Depression in Women Treated for Breast Cancer. *Jpn J Clin Oncol.* 2012 Urr;42(10):940-947.
13. Donovan-Kicken E, Caughlin JP. Breast cancer patients' topic avoidance and psychological distress: The mediating role of coping. *J Health Psychol.* 2011 Mai;16(4):596-606.
14. Schou-Bredal I, Ekeberg Ø, Kåresen R. Variability and stability of coping styles among breast cancer survivors: A prospective study. *Psychooncology.* 2021 Mar;30(3):369-377.
15. Rohani C, Abedi HA, Omranipour R, Langius-Eklöf A. Health-related quality of life and the predictive role of sense of coherence, spirituality and religious coping in a sample of Iranian women with breast cancer: a prospective study with comparative design. *Health Qual Life Outcomes.* 2015 Mar;13(40): 1-14.

Ibane Aizpurua-Perez, Amaia Arregi, David Gonzalez, Maite Aguinaga, Ainitze Labaka, Joana Perez-Tejada

16. Sajadian A, RajiLahiji M, Motaharinasab A, Kazemnejad A, Haghighat S. Breast Cancer Coping Strategies after Diagnosis: A Six-month Follow-up. *Multidiscip Cancer Investig.* 2017 Aza;1(4):12-16.
17. Luszczynska A, Pawlowska I, Cieslak R, Knoll N, Scholz U. Social support and quality of life among lung cancer patients: A systematic review. *Psychooncology.* 2013 Urr;22(10):2160-2168.
18. Ussher J, Kirsten L, Butow P, Sandoval M. What do cancer support groups provide which other supportive relationships do not? The experience of peer support groups for people with cancer. *Soc Sci Med.* 2006;62(10):2565-76.
19. Giese-Davis J, Bliss-Isberg C, Carson K, Star P, Donaghy J, Cordova MJ, Stevens N, Wittenberg L, Batten C, Spiegel D. The effect of peer counseling on quality of life following diagnosis of breast cancer: An observational study. *Psychooncology.* 2006 Aza;15(11):1014-1022.
20. Meyer A, Coroiu A, Korner A. One-to-one peer support in cancer care: a review of scholarship published between 2007 and 2014. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2015 Mai;24(3):299-312.
21. Simoni JM, Franks JC, Lehavot K, Yard SS. Peer interventions to promote health: conceptual considerations. *Am J Orthopsychiatry.* 2011 Uzt;81(3):351-359.
22. Trusson D, Quincey K. Breast Cancer and Hair Loss: Experiential Similarities and Differences in Men's and Women's Narratives. *Cancer Nurs.* 2021 Ots;44(1):62-70.
23. Pistrang N, Jay Z, Gessler S, Barker C. Telephone peer support for women with gynaecological cancer: recipients' perspectives. *Psychooncology.* 2012 Urr;21(10):1082-1090.
24. Morán C, Landero R, Gonzalez MT. COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Univ Psychol.* 2010 Uzt;9(2):543-552.
25. Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *Int J Behav Med.* 1997 Ots;4(1):92-100.
26. Yusoff N, Low WY, Yip CH. Reliability and validity of the Brief COPE Scale (English version) among women with breast cancer undergoing treatment of adjuvant chemotherapy: a Malaysian study. *Med J Malaysia.* 2010 Mar;65(1):41-44.
27. Ozdemir D, Tas Arslan F. An investigation of the relationship between social support and coping with stress in women with breast cancer. *Psychooncology.* 2018 Ira;27(9):2214-2219.
28. Brunault P, Champagne A-L, Huguet G, Suzanne I, Senon J-L, Body G, Rusch E, Magnin G, Voyer M, Reveillere C, Camus V. Major depressive disorder, personality disorders, and coping strategies are independent risk factors for lower quality of life in non-metastatic breast cancer patients. *Psychooncology.* 2016 Mai;25(5):513-520.
29. Carver CS, Pozo C, Harris SD, Noriega V, Scheier MF, Robinson DS, Ketcham AS, Moffat FL Jr, Clark KC. How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *J Pers Soc Psychol.* 1993 Abu;65(2):375-390.
30. Roussi P, Krikeli V, Hatzidimitriou C, Koutri I. Patterns of Coping, Flexibility in Coping and Psychological Distress in Women Diagnosed with Breast Cancer. *Cognit Ther Res.* 2007 Ots;31(1):97-109.
31. Teo I, Fingeret MC, Liu J, Chang DW. Coping and quality of life of patients following microsurgical treatment for breast cancer-related lymphedema. *J Health Psychol.* 2016 Abe;21(12):2983-2983.