



IKER
GAZTE
NAZIOARTEKO
IKERKETA EUSKARAZ

IV. IKERGAZTE NAZIOARTEKO IKERKETA EUSKARAZ

2021eko ekainaren 9, 10 eta 11a
Gasteiz, Euskal Herria

ANTOLATZAILEA:
Udako Euskal Unibertsitatea (UEU)

GIZARTE ZIENTZIAK ETA ZUZENBIDEA

“Elkar Laguntza”: berdinen arteko
gizarte-laguntza esku-hartze baten
eragina bularreko minbizia duten
pazienteen aurre-egite
estrategietan

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

185-192 or.

<https://dx.doi.org/10.26876/ikergazte.iv.02.23>



“Elkar Laguntza”: berdinen arteko gizarte-laguntza esku-hartze baten eragina bularreko minbizia duten pazienteen aurre-egite estrategietan

Aizpurua-Perez, I.¹, Arregi, A.¹, Gonzalez, D.³, Aguinaga, M.³, Labaka, A.^{1,2}, Perez-Tejada J.³

¹Oinarritzko prozesu psikologikoak eta haien garapena saila, UPV/EHU, Erizaintza II saila, UPV/EHU², Onkologikoa Fundazioa³

ibane.aizpurua@ehu.eus

Laburpena

Luzetarako saiakuntza kliniko batean kokatzen den ikerketa-proiektu honek, Gipuzkoako Onkologikoa Fundazioan bularreko minbiziaz diagnostikatutako emakumeen artean, berdinen arteko gizarte-laguntza esku-hartze batek estresari aurre-egiteko estrategia ezberdinetan duen eragina aztertu nahi izan du, bularreko minbizia gauditutako boluntarioek trukaturako laguntza oinarri hartuz. Esku-hartzea 6 edo 8 gizarte-laguntza saioz osatu zen, bakoitzean paziente eta boluntario batek parte hartu zutelarik. Programak umorea bezalako aurre-egite egokitzaila sustatzeko eta ezeztapena bezalako aurre-egite ez-egokitzaila murrizteko eraginkortasuna erakutsi du.

Hitz gakoak: bularreko minbizia, gizarte-laguntza, aurre-egite estrategiak, umorea, ezeztapena.

Abstract

This research project is framed within a longitudinal clinical trial and aimed to analyse the impact of a peer support program in breast cancer patients of 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 program has been shown to be effective in promoting adaptive coping such as humour and reducing non-adaptive coping such as denial.

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

1. Sarrera eta motibazioa

Bularreko minbizia da mundu mailan emakumeei eragiten dien minbizi ohikoena, eta haren diagnostikoak emaitza heterogeneoak ekar ditzake, baina luze irauten duen gaixotasun bati lotuta joan ohi da. Paziente batzuek trauma-osteko hazkundeaz baliu daitezkeen arren, beste askok ondorio psikosozial negatiboak pairatzen dituzte, hala nola depresioa, antsietatea eta bizi-kalitate okerragoa (Andrykowski et al., 2008; Lelorain et al., 2010). Zenbait ikerketen arabera, bularreko minbizia duten pazienteen %30ak, gutxi gorabehera, egokitzapen-zailtasunak adierazten ditu (Burgess et al., 2005; Henselmans et al., 2010) eta % 22 inguruk osasunari loturiko bizi-kalitatearen narriadura larria erakusten du (Ahn et al., 2007). Gaixotasunarekiko egokitzapenari zein bizi-kalitatearen hobekuntzari loturiko faktoreetako bat aurre egite mota da (Brandao et al., 2017). Hala, ukapena eta ekiditea bezalako aurre-egite estrategia ez-egokitzailak, ongizate maila baxu eta antsietate eta depresio sintoma gehiagorekin erlazionatu dira (Alcalar et al., 2012; Brandao et al., 2017; Donovan-Kicken eta Caughlin, 2011), eta aurre-egite estrategia egokitzailak, berriz, emaitza psikologiko hobegoekin (Büyükaşık-Çolak et al., 2012; Rohani et al., 2015). Gainera, bularreko minbizi diagnostikoa jaso berri duten emakumeen artean, estresari aurre egiteko estrategia egokitzailen erabilpena gizarte-laguntza pertzepzio altuagoekin erlazionatu izan da (Sajadian et al., 2017).

Zentzu honetan, pazientearen ingurune hurbilak emandako gizarte-laguntzak funtsezko eginkizuna betetzen du gaixotasunaren egokitzapen prozesuan eta tratamenduarekin zerikusia duen antsietate eta depresio mailen murrizketan (Luszczynska et al., 2013; Tedeschi eta Calhoun, 2004). Hala ere, ikerketa batzuk diotenez, pazienteen zenbait premia, hala nola, heriotzari aurre egitea, isolamendua gutxitzea edo erru sentimenduak kudeatzen jakitea, maiz ez dira asetzen (Ussher et al., 2006). Urte batzuetatik hona, aipaturiko beharrak asetzeko helburuarekin berdinen arteko gizarte-laguntza programa ezberdinak sortu dira. Berdinen arteko

gizarte-laguntzak, arazo edo erronka berdintsuetatik igaro diren pertsonen beste batzuei emandako edo trukaturako laguntzari egiten dio erreferentzia. Programa hauek aztertu dituzten ikerketen aburuz, pazienteen gogo-aldarteak, aurre-egite estiloak, eta egokitzapen gaitasunak, besteak beste, hobera egiten dute, beren gaitasunaren eta tratamenduaren inguruko ezagutza handiagoa dutela sumatzeaz gain (Campbell et al., 2004; Giese-Davis et al., 2006; Ussher et al., 2006). Horrela, antzeko esperientzietatik igaro diren pertsonen pazientearen inguruneak asebetetzen ez dituen behar sozialak asetzeko kokaleku ezin hobean egon daitezke, minbiziarekin bizitzea zer den benetan ezagutzen baitute, eta beraz, gizarte-laguntza prozesuari ikuspuntu bakar eta paregabea emateko gaitasuna dute (Meyer et al., 2015).

2. Arloko egoera eta ikerketaren helburuak

Berdinen arteko gizarte-laguntza programek emaitza psikologiko positiboak, eta zehazki, aurre-egite estrategia eraginkorren erabilera sustatu duten arren, autore askok orain arte egindako ikerketek gabezi handiak erakusten dituztela diote. Horrela, aurkitutako gabezien artean, saiakuntza kliniko sistematikoen falta, erabilitako tresnak baliozkotzea eta parte-hartzaileen egoera basala ebaluatzea, besteak beste, nabarmentzekoak dira (Meyer et al., 2015; Simoni et al., 2011). Beraz, bularreko minbizia duten pazienteekin gizarte-laguntza programen inguruko ikerketa gehiago egitea beharrezkoa da, beren onura psikologikoak zeintzuk diren argitze aldera.

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

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

3. Ikerketaren muina

3.1. Ikerketaren diseinua

Ikerketa proiektu hau luzetarako saiakera kliniko gurutzatu baten barnean kokatzen da, Onkologikoa Fundazioko bularreko minbizia duten pazienteen artean berdinen arteko gizarte-laguntza esku-hartze baten eraginkortasuna ebaluatzeko asmoz. Gizarte-laguntza programa bularreko minbizia gainditu eta tratamendua gutxienez duela urtebete amaitu zuten boluntarioen eskutik egin zen. Pertsona hauek 18 orduko prestakuntza-programa batean parte hartu zuten pazienteekin aurrez-aurrez, bideokonferentziaz edo telefonoz kontaktuan jarri aurretik. Bi ikertzaile pazienteak errekrutatzeaz, programaren logistikaz, boluntario eta pazienteen arteko parekatzeak egin eta haiekin harremanak mantentzeaz arduratu ziren, besteak beste. Ikerketa-proiektuak Euskadi eta UPV/EHUko Etika Batzordearen onspena jaso zuen.

3.2. 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 hitzaldi desberdinak 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 izatea (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 bularreko minbiziaz diagnostikaturiko 37 emakume izan ziren, non aurrerantzean horietako 17-k kimioterapia tratamendua eta 20-k kimioterapia gabeko tratamendua jasoko zuten. 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 minbizi diagnostikoa azken hilabetean jaso izana, (3) tumore-mota eta tratamendua boluntarioek jasotakoarekin bat etortzea. Baztertzeko irizpideei dagokionez: (1) berragertze bat izatea, (2) metastasi bat izatea, (3) immunitate-sistemari eragiten dion egoera klinikoren bat pairatzea, (4) nahaste psikologiko larri baten diagnostikoa iraganean edo gaur egun jaso 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, alde zuzenetik baimen informatua sinatu eta gero.

3.3. Esku-hartzea

Boluntarioen sendatze mental eta fisikoa egokia zela aztertu eta programan parte hartzeak ahalik eta eragin psikologiko txikiena sorrarazten zela baieztatu ondoren, hautatuak izan zirenek Psikologia Fakultateko bi irakaslek prestatutako formakuntza ikastaro batean parte hartu zuten ikertzaileen ikuskaritzapean. Zehazki, 3 hilabete zehar 3 orduko 6 saio egin ziren, irakurketak, talde-lanak eta rol-playing jarduerak ezberdinak gauzatu. Laguntza-programa berriz, 15 egunetik behin egin ziren 6 edo 8 gizarte-laguntza saioez osatuta egon zen, bakoitzean paziente 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 saio eratu zuten eta iraupen txikiagoko erradioterapia tratamendua jaso zuten kasuan 6 saioz osatuta egon zen.

Boluntario eta pazienteen arteko saioak Onkologikoa Fundazioko areto egokietan aurrez aurre egiten hasi baziren ere, COVID-aren egoerak saioen modalitatea aldatu eta hauek 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 medikua izan ziren, izan ere, Pistrang eta kideen (2012) gomendioak jarraituz, berdin arteko gizarte-laguntza programa eraginkorra izan dadin, boluntario eta pazienteen tumore mota eta tratamendua berdinak izan behar dira. Aipatutakoez gain, beste alderdi batzuk ere hartu ziren kontuan, hala nola pazienteen nortasunaren eta bizimoduaren zenbait ezaugarri.

3.4. 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-egite estrategiak aztertu zirelarik. Pazienteek aurkezturiko aurre-egite estrategiak neurtzeko COPE-28 (Morán et al., 2010) tresna erabili zen. Dimentsio anitzeko galdetegi izanik, egoera estresagarriari erantzuteko estrategia eraginkor eta ez-eraginkor ezberdinak aztertzeko dituen. Tresna hau hogeita zortzi galderez osatutako hamalau azpi-eskalatan banatzen da: aurre-egite aktiboa, planifikazioa, laguntza emozionala, gizarte-laguntza, erlijioa, berregituratze kognitiboa, onespena, ezeztapena, umorea, auto-distrakzioa, 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 duen. Zenbat eta altuagoa izan aurre-egite azpi-eskala bakoitzean lortutako puntuazioa, orduan eta handiagoa estrategia konkretu horren erabilera. Tresnak azpi-eskala 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 ($\alpha_1=0,516/\alpha_2=0,717$), onespena ($\alpha_1=0,736/\alpha_2=0,496$), ezeztapena ($\alpha_1=0,697/\alpha_2=0,735$), umorea ($\alpha_1=0,680/\alpha_2=0,892$), auto-distrakzioa ($\alpha_1=0,536/\alpha_2=0,417$), 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, ausazkotasun metodo baten bitartez paziente bakoitza Talde Esperimentalean (TE) edo Kontrol Taldean (KT) parte hartzeko zoriz hautatua izan zen. TE-eko partaideek gizarte-laguntza programa jaso zuten eta KT-koek, ordea, ohiko tratamendu medikoa. Lehenengo ebaluazioa egin eta lau hilabetera, aldagai soziodemografiko, kliniko eta psikologikoen bigarren ebaluazioa egin zen.

3.5. Analisi estatistikoak

Analisi estatistiko guztiak IBM SPSS 24.0 Statistics erabiliz egin ziren. Analiak egin aurretik, COPE-28 galdetegiko azpi-eskala bakoitzaren fidagarritasuna aztertu eta 0,6tik beherako Cronbach-en alfa koefizientea lortu zuten azpi-eskalak ezabatuak izan ziren (berregituratze kognitiboa, onespina, auto-distrakzioa, erruztapena eta barrenen hustea). Laguntza emozionala eta aurre-egite aktiboa azpi-eskalak izan ezik gainerako guztiek banaketa normala jarraitzen ez zutela egiaztatu ondoren, Bloom-en eraldaketa aplikatu zitzairen. Taldea (TE/KT) eta kimioterapia (bai/ez) aldagai askeen banakako eragina batetik, eta bien arteko interakzioen eragina bestetik azpi-eskala bakoitzean aztertzeko, faktore anitzeko ANOVA analisia erabili zen. Azkenik, taldea eta kimioterapia aldagaien azpi-taldeen batez-bestekoen 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 estatistikoen bitartez neurtu ziren eta esangura-irizpidea $p<0,05$ -ean finkatu zen.

3.6. Emaitzak

1. taulan pazienteen ezaugarri soziodemografiko eta kliniko estatistiko deskribatzaileak ageri dira. Taldeei dagokionez, T eta Mann Witney-ren U probek TE eta KT-aren arteko ezberdintasun esanguratsurik ez zegoela adierazi ziguten.

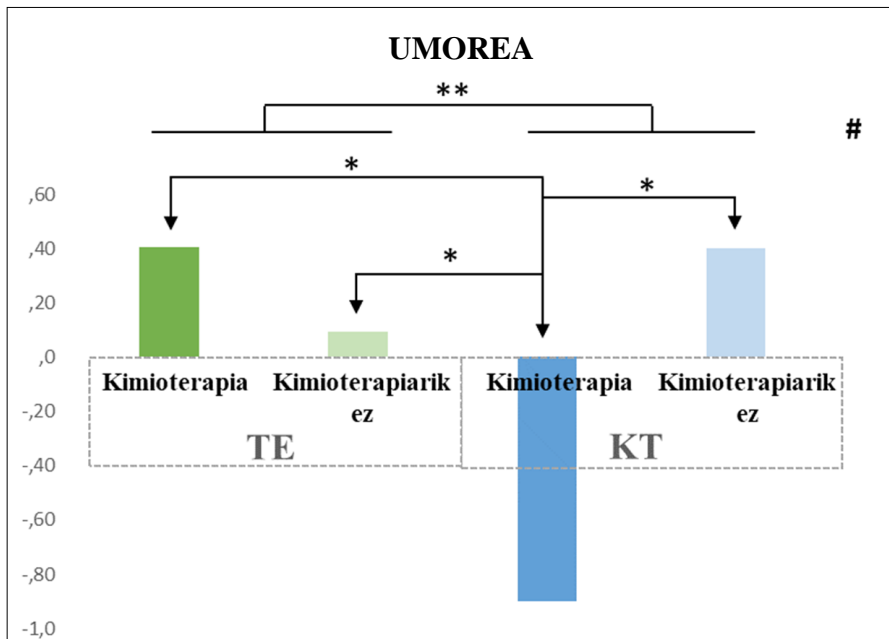
1. taula. Laginaren ezaugarriak

Ezaugarriak	Talde esperimental (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)
Erretiratu	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)
Radioterapia	17 (%85)	16 (%94,1)
Kimioterapia	8 (%40)	9 (%52,9)
Hormonoterapia	19 (%95)	16 (%94,1)
Psikofarmakoak, n (%)	5 (%25)	2 (%11,8)
Gizarte-laguntza saioen iraupena (minutuak batez beste)	43,24	-

Aurre-egite estrategiei dagokionez, ANOVA probaren emaitzek taldea eta kimioterapia aldagaien arteko interakzio esanguratsua utzi zuten agerian umorea azpi-eskalaren puntuazioetarako. Zehazki, post hoc analisisiek ezberdintasun horiek “TE kimioterapiarik ez - KT kimioterapia” ($X=0,09$ vs $X=-$

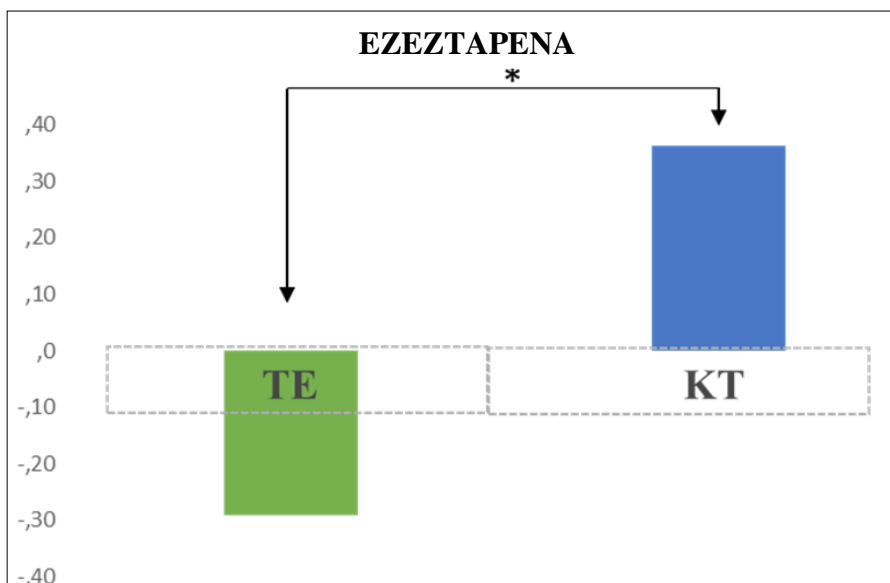
0,89; $g=1,21$; $p=0,055$), “KT kimioterapiarik ez - KT kimioterapia” ($X=0,39$ vs $X=-0,89$; $g=1,58$; $p=0,016$) eta “TE kimioterapia - KT kimioterapia” ($X=0,40$ vs $X=-0,89$; $g=1,60$; $p=0,016$) azpi-taldeen artean ematen zirela adierazi zuten. Zehazki, azpi-taldeen batez-bestekoen arteko aldean tamainari erreparatuz, TE-eko kimioterapiarik ez eta kimioterapia azpi-taldeek KT-ko kimioterapia azpi-taldekoek baino puntuazio altuagoak eskuratu zituzten umorea azpi-eskalan. Azkenik, KT-ko partaideen artean, kimioterapiarik ez azpi-taldekoek kimioterapia jaso izan zuten partaideek baino puntuazio altuagoak eskuratu zituzten.

1. irudia. 1. eta 2. ebaluazioetako umorea azpi-eskalako puntuazioetan aztertutako taldeen arabera aldeak.* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$. # Kimioterapia eta kimioterapiarik gabeko azpi-taldeen arteko ezberdintasunak $p < 0.05$.



Ezeztapena azpi-eskalaren kasuan, soilik taldea aldagaiaren banakako efektuak eta ez ordea taldea eta kimioterapia aldagaien arteko interakzioak lortu zuen esanguratsutasuna. Zehazki, azpi-taldeen batez bestekoen arteko aldean tamainari erreparatuz, TE-eko kideek KT-koek baino puntuazio baxuagoak eskuratu zituzten ($X= -0,29$ vs $X=0,36$; $D= 0,33$).

1. irudia. 1. eta 2. ebaluazioetako ezeztapena azpi-eskalako puntuazioetan aztertutako taldeen arabera aldeak.* $p < 0.05$



Azkenik, ez zen taldea eta kimioterapia aldagaien araberako desberdintasun esanguratsurik aurkitu gainerako aurre-egite azpi-eskaletan.

4. Ondorioak

Ikerketa honen helburua bularreko minbizia zuten pazienteen artean berdinen arteko gizarte-laguntza esku-hartze batek estresari aurre-egiteko estrategietan zuen eragina aztertzea izan zen. 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 guztiek bularreko kirurgia jaso zuten minbiziaren aurkako tratamenduaren baitan. Kasu gehienetan, kirurgiak izaera kontserbatzailea izan zuen (koadrantektomia edo tumorektomia), eta tratamendu atxikitzailea erradioterapiak eta hormonoterapiak osatu zuten nagusiki. Gizarte-laguntza programari dagokionez, nabarmentzekoa da paziente eta boluntarioen arteko saioren batez besteko iraupena ertain-altua izan zela, eta talde esperimentaleko paziente bakar batek ere ez zuela programa utzi hasi ondoren, saioretara behar bezala atxiki izanaren eta programaren kalitatearen seinale.

Ikerketa honen emaitzek berdinen arteko gizarte-laguntza programa pazienteen aurre-egite estrategia egokitzzaileak areagotzeko eta ez-egokitzzaileak murrizteko eraginkorra izan dela iradokitzen dute. Zehazki, KT-an ez bezala, TE-eko emakumeen artean “umorea” estrategia egokitzzailearen erabilpen handiagoa, eta aldiz “ezeztapena” estrategia ez-egokitzzailearen erabilpen urriagoa aurkitu genuen. Emaitza hauek bat datoz Ozdemir eta Tas-Arslanen (2018) aurkikuntzekin, izan ere, autore hauen arabera, gizarte-laguntzak bularreko minbizidun emakume-talde baten aurre-egite estrategia egokitzzaileen erabilpena aurreikusten zuen, gizarte-babesa estresaren kudeaketa eraginkorraren funtsezko erreferentzia-puntu gisa ulertuz.

Estresari aurre egiteko estrategia ezberdinen artean, umorea da bularreko minbizitari buruzko ikerketan gutxien aztertutako bat (Brunault et al., 2015); hala ere, zenbait ebidentziek distresaren garapenaren aurrean babes-efektua izan dezakeela iradokitzen dute. Zehazki, Carver eta kideek (1993), 12 hilabeteetako jarraipena egin zitzaizen bularreko minbizidun paziente-talde batean, umorea erabiltzeak etorkizuneko antsietate-depresio sintomen agerpen urriagoa aurreikusten zuela ikusi zuten. Autore hauek, halaber, ezeztapenean oinarritutako aurre-egiteak antsietate-depresio sintoma gehiago iragartzen zituela aurkitu zuten. Aurkikuntza horiek urte batzuk geroago Roussi eta kideek (2007) baieztatu zituzten, izan ere, bularreko minbizia zuten pazienteen artean, umorea beren aurre-egite strategiaren oinarri zutenek antsietate eta depresio maila txikiagoak erakutsi zituzten, eta aurre-egitea ukapenean oinarritzen zutenek berriz, handiagoak. Gainera, azken urteotan ezeztapena bezalako aurre-egite estrategia ez-egokitzzaileen erabilerak bularreko minbizidun pazienteen bizi-kalitatearen maila baxuagoekin erlazionatzen dela frogatu da (Teo et al., 2016).

Ikerketa honetan esku-hartzeak pazienteen antsietate-depresio sintometan eta bizi-kalitatean duen eragina aztertu ez bada ere, aldagai horiek etorkizuneko ikerketetan ebaluatzeko asmoa dugu. Gure emaitzek iradokitzen dutenez, berdinen arteko gizarte-laguntza programek esperientzia kaltegarriek pazienteen osasunean izan dezaketen eragin negatiboa arintzen lagun dezakete, estresari aurre-egiteko estrategia egokitzzaileak sustatuz eta ez-egokitzzaileak murriztuz.

5. Etorkizunerako planteatzen den norabidea

Tesi-proiektuak iraungo dituen hurrengo bi urteetan zehar gure lagina 80 pazienteetara 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) duen berehalako eta luzerako eragina aztertuko ditugu. Izan ere, antsietate-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 tratamendua irauten duen bitartean minbizidun pazientearen esperientzia hobetu nahi delarik. Honen bidez, bularreko minbizidun pazienteek lortutako onura klinikoak handitzea espero da, batez ere, biziraupenari, sintomak kontrolatzeari eta tratamenduak beren bizi-kalitatean duen inpaktuaren gutxiagotzeari dagokionez.

6. Erreferentziak

- Alcalar, N., Ozkan, S., Kucucuk, S., Aslay, I. eta Ozkan, M. (2012). Association of coping style, cognitive errors and cancer-related variables with depression in women treated for breast cancer. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 42, 940–947.
- Ahn, S.H., Park, B.W., Noh, D.Y., Nam, S.J., Lee, E.S., Lee, M.K., Kim, S.H., Lee, K.M., Park, S.M. eta Yun, Y.H. (2007). Health-related quality of life in disease-free survivors of breast cancer with the general population. *Annals of Oncology*, 18, 173–182.
- Andrykowski, M. A., Lykins, E. eta Floyd, A. (2008). Psychological health in cancer survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, 24(3), 193–201.
- Brandao, T., Schulz, M.S. eta Matos, P.M. (2017). Psychological adjustment after breast cancer: a systematic review of longitudinal studies. *Psycho-Oncology*, 26, 917–926.
- Brunault, P., Champagne, A.L., Huguet, G., Suzanne, I., Senon, J.L., Body, G., Rusch, E., Magnin, G., Voyer, M., Réveillère, C. eta Camus V. (2016). Major depressive disorder, personality disorders, and coping strategies are independent risk factors for lower quality of life in non-metastatic breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 25(5):513-520.
- Burgess C., Cornelius V., Love S., Graham J., Richards M. eta Ramirez A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *British Medical Journal*, 330(7493), 702.
- Büyükaşık-Çolak, C., Gündoğdu-Aktürk, E. eta Bozo, Ö. (2012). Mediating role of coping in the dispositional optimism–post-traumatic growth relation in breast cancer patients. *Journal of Psychology*, 146, 471–483.
- Campbell S.H., Phaneuf M.R. and Deane K. (2004). Cancer peer support programs – do they work? *Patient Education and Counseling*, 55, 3–15.
- Carver, C.S., Pozo, C., Harris, S.D., Noriega, V., Scheier, M.F., Robinson, D.S., Ketcham, A.S., Moffat, F.L. eta Clark, K.C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.
- Donovan-Kicken, E. eta Caughlin, J.P. (2011). Breast cancer patients’ topic avoidance and psychological distress: The mediating role of coping. *Journal of Health Psychology*, 16, 596–606.
- Giese-Davis J., Bliss-Isberg C., Carson K., Star P., Donaghy J., Cordova M.J., Stevens N., Wittenberg L., Batten C. and Spiegel D. (2006). The effect of peer counseling on quality of life following diagnosis of breast cancer: an observational study. *Psycho-Oncology*, 15, 1014–1022.
- Henselmans, I., Helgeson, V.S., Seltman, H., de Vries, J., Sanderman, R. eta Ranchor, A.V. (2010). Identification and prediction of distress trajectories in the first year after a breast cancer diagnosis. *Health Psychology*, 29, 160–168.
- Lelorain, S., Bonnaud-Antignac, A. eta Florin, A. (2010). Long term post-traumatic growth after breast cancer: prevalence, predictors and relationships with psychological health. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 17(1), 14–22.
- Luszczynska A., Pawlowska I., Cieslak R., Knoll N. eta Scholz U. (2013). Social support and quality of life among lung cancer patients: a systematic review. *Psycho-Oncology*, 22, 2160–2168.
- Meyer, A., Coroiu, A. eta Korner, A. (2015). One-to-one peer support in cancer care: a review of scholarship published between 2007 and 2014. *European Journal of Cancer Care*, 24(3), 299-312.
- Morán, C., Landero, R. eta González, M.T. (2009). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9(2), 543-552.

- Ozdemir, D. eta Tas-Arslan F. (2018). An investigation of the relationship between social support and coping with stress in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, (9), 2214-2219.
- Pistrang N., Jay Z., Gessler S. eta Barker C. (2012). Telephone peer support for women with gynaecological cancer: recipients' perspectives. *Psycho-Oncology*, 21(10), 1082-1090.
- Rohani, C., Abedi, H.A., Omranipour, R. eta Langius-Eklof, A. (2015). 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 and Quality of Life Outcomes*, 13(40), 1-14.
- Roussi, P., Krikeli, V., Hatzidimitriou, C. eta Koutri, I. (2007). Patterns of coping, flexibility in coping and psychological distress in women diagnosed with breast cancer. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 97-109.
- Sajadian A., Mahsa R.L., Motaharinasab A., Kazemnejad A. eta Haghghat S. (2017). Breast cancer coping strategies after diagnosis: a six-month follow-up. *Multidisciplinary Cancer Investigation*, 1(4), 12-16.
- Simoni, J.M., Franks, J.C., Lehavot, K. and Yard, S.S. (2011). Peer interventions to promote health: conceptual considerations. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81(3), 351-359.
- Tedeschi R.G. eta Calhoun L.G. (2004). Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1-18.
- Teo, I., Fingeret, M.C., Liu J. eta Chang DW. (2016). Coping and quality of life of patients following microsurgical treatment for breast cancer-related lymphedema. *Journal of Health Psychology*, 21(12), 2983-2993.
- Ussher J., Kirsten L., Butow P. eta Sandoval M. (2006). What do cancer support groups provide which other supportive relationships do not? The experience of peer support groups for people with cancer. *Social Science in Medicine*, 62, 2565-2576.

7. Eskerrak

Ikerketa hau Osakidetzako Paziente Aktibo programa, Kattalin Elkarte, Kutxa Fundazioaren diru-laguntza eta Eusko Jaurlaritzaren PRE_2019_1_0041 doktoretza aurreko diru-laguntzari esker egin da.