

Paulina Kozieł^{1, 2}, Katarzyna Lomper^{1, 3, 4}, Bartosz Uchmanowicz^{1, 3, 4}, Jacek Polański⁵

¹Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

²Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarstwa Internistycznego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

³Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

⁴Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

⁵Domowe Hospicjum, Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu

Związek akceptacji choroby oraz lęku i depresji z oceną jakości życia pacjentek z chorobą nowotworową gruczołu piersiowego

Association between acceptance of illness, anxiety and depression with assessment quality of life of breast cancer patients

Streszczenie

Wstęp. Choroba nowotworowa często jest równoznaczna z długotrwałym i uciążliwym dla pacjenta procesem leczenia oraz pogorszeniem jakości życia (QoL). Postawa wobec choroby wpływa na proces leczenia, a poziom akceptacji choroby determinuje samopoczucie chorego, zaufanie do personelu medycznego i stosowanych metod leczenia, a co z tym związane — również na powodzenie terapii.

Materiał i metody. Badaniami objęto 112 kobiet z rozpoznanym rakiem gruczołu piersiowego leczonych w Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu. W badaniu wykorzystano standaryzowane narzędzia kwestionariuszowe: skalę akceptacji choroby AIS, kwestionariusz oceny QoL WHOQOL-BREF, kwestionariusz oceny lęku i depresji HADS-M.

Wyniki. Analiza korelacji wykazała istotną statystycznie zależność pomiędzy poziomem akceptacji choroby a wszystkimi obszarami QoL WHOQOL-BREF: obszarem somatycznym ($r = 0,47$; $p < 0,001$), psychologicznym ($r = 0,40$; $p < 0,001$), socjalnym ($r = 0,39$; $p < 0,001$) i środowiskowym ($r = 0,46$; $p < 0,001$). Analiza korelacji związku lęku i depresji z oceną akceptacji choroby wykazała negatywny wpływ wszystkich składowych kwestionariusza HADS-M na poziom AIS, odpowiednio: lęk ($r = -0,51$; $p < 0,001$), depresja ($r = -0,57$; $p < 0,001$), rozdrażnienie ($r = -0,32$; $p = 0,001$). Podobną zależność zaobserwowano podczas analizy korelacji lęku i depresji z jakością życia we wszystkich obszarach kwestionariusza WHOQOL-BREF.

Wnioski. Pacjentki z rakiem piersi wykazują średni poziom akceptacji choroby oraz graniczny poziom lęku i depresji. Akceptacja choroby pozytywnie wpływa na QoL, natomiast lęk i depresja negatywnie wpływają na ocenę QoL.

Medycyna Paliatywna w Praktyce 2016; 10, 1: 28–36

Słowa kluczowe: choroba nowotworowa, jakość życia, akceptacja choroby, lęk, depresja

Abstract

Introduction. Cancer disease is often synonymous with a lengthy and cumbersome treatment process for the patient and a reduction in quality of life (QoL). The attitude to the disease affects the treatment

Adres do korespondencji: mgr Katarzyna Lomper

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

ul. Kazimierza Bartla 5, 50–996 Wrocław

e-mail: katarzyna.lomper@gmail.com

Medycyna Paliatywna w Praktyce 2016; 10, 1, 28–36



Copyright © Via Medica, ISSN 1898–0678

process and the level of acceptance of the illness determines the well-being of the patient, the level of trust in the medical staff and methods of treatment. It is also associated with the success of the therapy.

Material and methods. The study included 112 women diagnosed with breast cancer treated at Lower Silesian Oncology Center. The study used a standardized questionnaire tools: AIS-scale acceptance of the illness, QoL WHOQOL-BREF questionnaire, HADS-M questionnaire.

Results. Correlation analysis showed a statistically significant relationship between the level of acceptance of the illness and all the domains of QoL WHOQOL-BREF questionnaire: somatic domain ($r = 0.47$; $p < 0.001$), psychological domain ($r = 0.40$; $p < 0.001$), social domain ($r = 0.39$; $p < 0.001$), environmental domain ($r = 0.46$; $p < 0.001$). Analysis of correlation between anxiety and depression with the assessment of acceptance of the illness showed a negative influence of all components of the questionnaire HADS-M level AIS, as appropriate: anxiety ($r = -0.51$; $p < 0.001$), depression ($r = -0.57$; $p < 0.001$), irritability ($r = -0.32$; $p = 0.001$). A similar relationship was observed in the analysis of the correlation of anxiety and depression, quality of life in all domains of the questionnaire WHOQOL-BREF.

Conclusions. Patients with breast cancer presented a medium level of acceptance of the illness and limiting level of anxiety and depression. There is a positive relationship between acceptance of the illness with the assessment of QoL, while anxiety and depression negatively affects the assessment of QoL.

Medycyna Paliatywna w Praktyce 2016; 10, 1: 28–36

Key words: cancer disease, quality of life, acceptance of illness, anxiety, depression

Wstęp

W rankingu dotyczącym śmiertelności z przyczyn onkologicznych w 2012 roku rak piersi został umieszczony na piątym miejscu. Liczba zgonów spowodowana rakiem sutka wyniosła 522 000. Wśród przyczyn zgonów kobiet w grupie nowotworów złośliwych rak piersi zajmuje pierwsze miejsce [1]. W Polsce z powodu nowotworów rocznie umiera około 96 tysięcy osób, a wśród nowotworowych przyczyn zgonów kobiet rak piersi zajmuje drugie miejsce. Natomiast na liście dotyczącej zachorowań kobiet na choroby onkologiczne rak sutka jest na miejscu pierwszym [2]. Prognozuje się, że liczba zachorowań na raka gruczołu piersiowego w Polsce będzie rosnąć [3].

Dzięki ciągłemu rozwojowi medycyny oraz technik wykorzystywanych zarówno w diagnostyce, jak i leczeniu, a także dzięki coraz nowocześniejszym i efektywniejszym metodom leczenia i prowadzonym badaniom przesiewowym wiele przypadków raka piersi udaje się wyleczyć. Jednak terapia raka sutka, podobnie jak innych nowotworów, wiąże się z agresywnym leczeniem, które często powoduje liczne działania niepożądane, również te dotyczące funkcjonowania chorego w życiu codziennym. Sam fakt zachorowania oraz skutki uboczne zastosowanej terapii wiążą się również z różnymi emocjami i zmianami w sferze psychicznej. U pacjentek onkologicznych najczęściej występującymi zaburzeniami są depresja, zaburzenia lękowe oraz zaburzenia świadomości [4].

Jedną z metod leczenia nowotworów piersi jest mastektomia. Już sama wizja tej metody wywołuje lęk i poczucie bezradności. Bardzo często kobiety po amputacji piersi nie akceptują swojego ciała. Zabieg wywołuje uczucie wstydu przed partnerem, załamanie i lęk przed powrotem do codziennego życia,

przed rozpadem rodziny i pożycia małżeńskiego, a konieczność leczenia chemioterapeutycznego powoduje szereg powikłań związanych między innymi z utratą atrybutów kobiecości [5]. Wszystkie te aspekty składają się na obniżenie jakości życia pacjentek, co może mieć niekorzystny wpływ na powodzenie procesu leczenia.

Badania oceny jakości życia w medycynie stały się ważne w momencie wprowadzenia modelu medycyny holistycznej oraz holistycznej opieki nad pacjentem. Model holistyczny charakteryzuje się całościowym podejściem do pacjenta: pod uwagę brane są wszystkie aspekty życia chorego. Coraz częściej wybiera się sposób leczenia zależny od stanu psychicznego i sytuacji społecznej pacjenta. Odczuwaną jakość życia determinują mechanizmy obronne i zdolność chorego do radzenia sobie z sytuacją stresową, a także wsparcie emocjonalne i sposób leczenia [6].

Rozpoznanie choroby nowotworowej jest dużym przeżyciem dla chorego, a czasem nawet traumą. Nowotwór może wyzwalać poczucie naznaczenia i odmienności, a w konsekwencji prowadzić do izolacji od społeczeństwa [7]. Reakcja na chorobę nowotworową jest uzależniona od indywidualnych cech osobowościowych oraz mechanizmów odpowiedzialnych za umiejętność radzenia sobie w sytuacjach stresowych. Postawa wobec choroby wpływa na proces leczenia, a poziom akceptacji choroby determinuje samopoczucie chorego, poziom zaufania do personelu medycznego i stosowanych metod leczenia, a co z tym związane — również powodzenie terapii [8].

Cel pracy

Ocena związku pomiędzy akceptacją choroby i poziomem lęku i depresji a jakością życia pacjentek z rakiem gruczołu piersiowego.

Materiał i metody

Grupa badawcza

Badania przeprowadzono na grupie 112 kobiet z rozpoznaniem rakiem gruczołu piersiowego leczonych w Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu. Badania przeprowadzono po uzyskaniu zgody dyrektora Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu (NDOK/165/2015).

Kryterium włączenia do badań stanowiły: wiek powyżej 18. roku życia oraz pewne rozpoznanie choroby nowotworowej gruczołu piersiowego i zastosowane leczenie chirurgiczne i/lub chemioterapia, radioterapia

Z badania wyłączone osoby, u których występowały inne choroby nowotworowe, które nie wyraziły dobrowolnej zgody na udział w badaniu oraz pacjentki w ciężkim stanie ogólnym. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. Badanie miało charakter kwestionariuszowy, a każda uczestniczka przed przystąpieniem do badania została poinformowana o jego celu i metodach oraz możliwości rezygnacji na każdym jego etapie.

Narzędzia badawcze

- Ankieta socjo-kliniczna przygotowana przez autorów niniejszej pracy — narzędzie umożliwiające zebranie podstawowych informacji socjodemograficznych i klinicznych na temat badanej grupy.
- Skala akceptacji choroby AIS (*Acceptance of Illness*) — jest narzędziem standaryzowanym pozwalającym na ocenę stopnia akceptacji choroby we wszystkich przewlekłych jednostkach chorobowych. Składa się z 8 pytań dotyczących negatywnych skutków złego stanu zdrowia pozwalających na ocenę akceptacji ograniczeń spowodowanych przez sytuację zdrowotną chorego [9]. Badany może uzyskać wynik w przedziale 8–40 punktów, przy czym im niższy wynik, tym niższa akceptacja choroby. Na potrzeby tego badania zastosowano trzy poziomy stopnia akceptacji choroby: 8–18 oznacza niski poziom akceptacji choroby, 19–29 — średni poziom akceptacji, a 30–40 akceptację sytuacji zdrowotnej na dobrym poziomie, co jest zgodne z wcześniej publikowanymi badaniami [8, 10].
- Kwestionariusz oceny jakości życia WHOQOL-BREF (*The World Health Organization Quality of Life Bref*) — to narzędzie ogólne pozwalające na ocenę jakości życia z sferze somatycznej, socjalnej, środowiskowej i psychologicznej [11]. Kwestionariusz WHOQOL-BREF, w polskiej adaptacji Wołowickiej i Jaracz, składa się z 26 pytań i pozwala na uzyskanie profilu jakości życia w zakresie funkcjonowania fizycznego, psychicznego, społecznego

i funkcjonowania w środowisku. Punktację dla dziedzin uzyskuje się na podstawie wyliczenie średniej arytmetycznej z pozycji wchodzących w skład poszczególnych dziedzin. Wszystkie pozycje mają taki sam udział w wyniku liczbowym dziedzin (zakres punktacji: 1–5). Wynik liczbowy ogólnej jakości życia i samooceny stanu zdrowia i wyniki poszczególnych dziedzin mają kierunek pozytywny: im większa liczba punktów, tym lepsza jakość życia [12].

- Kwestionariusz Szpitalnej Skali Lęku i Depresji (HADS-M, *Hospital Anxiety and Depression Scale — Modified Version*) — zmodyfikowana wersja skali HADS (*The Hospital Anxiety and Depression Scale*), która jest wykorzystywana do oceny lęku i depresji u pacjentów hospitalizowanych. Autorami oryginalnej wersji są A. Zigmond i R. Snaith. Wersję polską opracowali M. Majkiewicz, K. de Walden-Gałuszko i G. Chojnacka-Szawłowska. Kwestionariusz zawiera dwie niezależne podskale służące do oceny lęku i depresji, na każdą podskale składa się siedem stwierdzeń. Kwestionariusz wzbogacono o dwa stwierdzenia dotyczące poziomu rozdrażnienia. Odpowiedzi udzielane są na 4-stopniowej skali Likerta (0–3). Wynik końcowy dla każdej podskali mieści się w zakresie 0–21 punktów. Dla dwóch pytań dotyczących agresji wynik zawiera się w przedziale 0–6 punktów. Wyniki mieszczące się w zakresie 0–7 wskazują na prawidłowość, zakres 8–10 punktów świadczy o poziomie granicznym, natomiast zakres 11–21 uznany jest za wartość nieprawidłową [13, 14].

Wyniki

Średni wiek badanych kobiet wyniósł 57 lat (odchylenie standardowe [SD, *standard deviation*] 12 lat). Najmłodsze z badanych miały 28 lat, a najstarsze — 78 lat. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem średnim — 40%, osoby z wykształceniem wyższym stanowiły 33% badanych. Prawie połowa badanych kobiet (46%) nie pracowała (emerytura, renta, status bezrobotnego), osoby pracujące stanowiły zaledwie 35% badanych. Przeważająca część badanych kobiet pozostawała w związkach partnerskich lub małżeńskich (66%). Najliczniejszą grupę stanowiły kobiety z dwójką dzieci — 41%, jednakowa liczba kobiet miała jedno lub troje i więcej dzieci (25,6%). Większość badanych mieszkała w miastach — 73%. Podobny procent ankietowanych stanowiły osoby mieszkające z rodziną (70%). Charakterystykę socjodemograficzną badanych kobiet przedstawiono w tabeli 1. W tabeli 2 przedstawiono dane kliniczne badanych osób.

Najczęściej pacjentki z grupy ankietowanej diagnozowane były w ciągu 1–2 miesięcy (37%) i 3–6

Tabela 1. Dane socjodemograficzne ankietowanych pacjentek z chorobą nowotworową piersi

Charakterystyka	Liczebność	Procent ogółu [%]
Wiek [SD]	56,76 [11, 68]	(28–78)
Wykształcenie		
Podstawowe	6	5,36
Średnie	45	40,18
Zawodowe	24	21,43
Wyższe	37	33,04
Aktywność zawodowa		
Pracuję	40	35,71
Nie pracuję	17	15,18
Jestem emerytką/rencistką	55	49,11
Jestem studentką/uczen- nicą	0	0,00
Stan cywilny		
Wolna	38	33,93
W związku	74	66,07
Liczba posiadanych dzieci		
0	8	7,14
1	29	25,9
2	46	41,07
3 i więcej	29	25,9
Miejsce zamieszkania		
Wieś	30	26,79
Miasto	82	73,21
Sytuacja mieszkaniowa		
Mieszkam sama	29	25,89
Mieszkam z rodziną	78	69,64
Inna sytuacja	5	4,46

SD (standard deviation) — odchylenie standardowe

miesiący (36%) od zauważenia i/lub wykrycia podejrzanej zmiany w piersi. U 32% pacjentek mijały 3–6 miesięcy, u co czwartej kobiety mniej niż miesiąc. Czas trwania leczenia (od diagnozy do dnia przeprowadzenia wywiadu lub do wyleczenia) najczęściej wynosił 3–6 miesięcy (34% ankietowanych), jednak u 21% badanych kobiet wynosił 1–2 miesięcy lub 6–12 miesięcy. U badanych kobiet najczęściej rozpoznawano symptomy nowotworu piersi podczas mammografii (31%). Tylko 20% ankietowanych rozpoznało zmiany podczas samobadania piersi, a kolejne 24% zauważyło zmianę przypadkowo podczas mycia. U ponad połowy badanych kobiet (54%) guz miał do 2 cm, u 34% badanych — 2–5 cm, u co czwartej zajęte były węzły

chłonne. U 22% badanych kobiet rozpoznawano rodzinne występowanie nowotworu piersi. U zdecydowanej większości (91%) zastosowano operacyjną metodę leczenia. Wśród badanych pacjentek jako kolejne metody leczenia stosowano: chemioterapię (47,3%), radioterapię (66,7%) i hormonoterapię (39,3%). U 30% operacja guza obejmowała usunięcie guza z marginesem zdrowej tkanki, u 20% usunięto guz z gruczolem piersiowym, u 18% usunięto guz z węzłami chłonnymi. U większości badanych (62%) nie wystąpiły skutki uboczne zastosowanej terapii (tab. 2). W tabeli 3 przedstawiono statystyki opisowe dla pytań kwestionariusza akceptacji choroby (AIS).

Ogólny poziom akceptacji choroby wśród badanych kobiet wyniósł średnio 27,21 (SD 8,96), co pozwala rozpoznać średni poziom akceptacji choroby. Wśród 44% kobiet akceptacja choroby oceniona została jako średnia, u 36% wysoka, a 20% oceniło akceptację choroby jako niską. W grupie badanych kobiet przeprowadzono analizę lęku i depresji za pomocą kwestionariusza HADS-M. W ocenie wykazano u pacjentek lęk na poziomie 7,97 (SD \pm 5,23); depresję 5,14 (SD \pm 4,89) i rozdrażnienie 2,53 (SD \pm 1,82). Procentowe zestawienie zaburzeń wykazało zaburzenia lękowe u 31% ankietowanych, a zaburzenia depresyjne u 16% badanych kobiet (tab. 4, 5).

Przeprowadzona analiza korelacji związku lęku i depresji z oceną akceptacji choroby wykazała negatywny związek wszystkich składowych kwestionariusza HADS-M na poziom AIS odpowiednio: lęk: $r = -0,51$; $p < 0,001$, depresja: $r = -0,57$; $p < 0,001$, rozdrażnienie: $r = -0,32$; $p = 0,001$ (tab. 6).

Analiza jakości życia

Ankietowane kobiety z rakiem piersi uzyskały najwyższą ocenę jakości życia w obszarach socjalnym 14,98 (SD \pm 2,89) i środowiskowym 15,04 (SD \pm 2,35). Najniższą swoją jakość życia ankietowane oceniły w obszarze somatycznym 12,39 (SD \pm 2,02), a w dalszej kolejności w psychologicznym 14,29 (SD \pm 2,42) (tab. 7).

Analiza korelacji wybranych zmiennych z jakością życia

Następnie przeprowadzono analizę korelacji rho-Spearmana pomiędzy poziomem akceptacji choroby (AIS) a poziomem jakości życia w poszczególnych obszarach kwestionariusza WHOQOL-BREF. Analiza korelacji wykazała istotną statystycznie zależność pomiędzy poziomem akceptacji choroby a wszystkimi obszarami jakości życia WHOQoL-BREF: somatycznym: $r = 0,47$; $p < 0,001$, psychologicznym: $r = 0,40$; $p < 0,001$, socjalnym: $r = 0,39$; $p < 0,001$ i środowiskowym: $r = 0,46$; $p < 0,001$ (tab. 8).

Tabela 2. Charakterystyka kliniczna ankietowanych pacjentek z chorobą nowotworową piersi

Charakterystyka kliniczna	Liczebność	Procent ogółu [%]
Czas od zauważenia podejranej zmiany w piersi do postawienia diagnozy przez lekarza		
Do miesiąca	28	25,00
1–2 miesiące	37	33,04
3–6 miesięcy	36	32,14
6 miesięcy i więcej	11	9,82
Czas leczenia (od diagnozy do dnia przeprowadzenia wywiadu lub do wyleczenia)		
Do miesiąca	8	7,14
1–2 miesiące	24	21,43
3–6 miesięcy	38	33,93
6–12 miesięcy	24	21,43
12 miesięcy i więcej	18	17,33
Kto rozpoznał objawy nowotworu piersi?		
Ginekolog w czasie rutynowego badania podczas wizyty kontrolnej	6	5,36
Pacjentka podczas samobadania piersi	23	20,54
Pacjentka przez przypadek/podczas mycia wyczuła niepokojącą zmianę	27	24,11
Inny lekarz podczas badania piersi	19	16,96
Lekarz na podstawie wyniku badania mammograficznego	35	31,25
Lekarz na podstawie wyniku MRI	1	0,89
Jakiej wielkości był guz stwierdzony przez lekarza i jaka była jego rozległość?		
Do 2 cm	61	54,46
2–5 cm	38	33,93
5 cm i więcej	10	8,93
Guz z niezajętymi węzłami chłonnymi	21	18,75
Guz z zajętymi węzłami chłonnymi	28	25,00
Rak zapalny — naciekający ścianę klatki piersiowej/skórę	4	3,57
Rak z odległymi przerzutami	4	3,57
Czy ktoś w rodzinie chorował na nowotwór piersi?		
Nie	87	77,68
Tak	25	22,32
Zastosowana metoda leczenia		
Operacyjna	102	91,07
Chemioterapia	53	47,32
Radioterapia	75	66,96
Hormonoterapia	44	39,29
Biologiczna	1	0,89
Inna	1	0,89
Rozległość operacji usunięcia guza		
Usunięcie samego guza z marginesem zdrowej tkanki	34	30,36
Usunięcie guza z węzłami chłonnymi	20	17,86
Usunięcie guza z węzłami chłonnymi i z częścią gruczołu piersiowego	14	12,50
Usunięcie guza z gruczołem piersiowym bez węzłów chłonnych	5	4,46
Usunięcie guza z gruczołem piersiowym z węzłami chłonnymi	22	19,64

MRI (*magnetic resonance imaging*) — rezonans magnetyczny

Tabela 3. Charakterystyka poziomu akceptacji choroby przez ankietowane pacjentki z chorobą nowotworową piersi

Pytania kwestionariusza AIS	Średnia	Odchylenie standardowe
Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę	3,11	1,44
Z powodu stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię	3,04	1,51
Choroba sprawia, że czasami czuję się niepotrzebna	3,64	1,52
Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależna od innych, niż tego chcę	3,42	1,47
Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół	3,65	1,61
Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem	3,64	1,52
Nigdy nie będę samowystarczalna w takim stopniu, w jakim chciałabym być	3,47	1,58
Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby	3,23	1,53
Ogólny poziom akceptacji choroby	27,21	8,96
Poziom akceptacji choroby	Liczebność	Procent ogółu [%]
Niski	20	17,86
Średni	44	39,29
Wysoki	36	32,14

AIS (Acceptance of Illness Scale) — Skala akceptacji choroby

Tabela 4. Charakterystyka lęku i depresji na podstawie kwestionariusza HADS-M

Skala	Średnia	Odchylenie standardowe
Lęk	7,97	5,23
Depresja	5,14	4,89
Rozdrażnienie	2,53	1,82

HADS-M (Hospital Anxiety and Depression Scale — Modified Version) — Szpitalna Skala Oceny Lęku i Depresji — wersja zmodyfikowana

Tabela 5. Rozkład procentowy poziomu składowych: lęku, depresji i rozdrażnienia na podstawie kwestionariusza HADS-M

Cecha	Liczebność	Procent ogółu [%]
Brak zaburzeń, niepodwyższony poziom lęku	57	50,89
Stany graniczne lękowe	24	21,43
Wartości nieprawidłowe, stwierdzenie zaburzeń lękowych	31	27,68
Brak zaburzeń, niepodwyższony poziom depresji	78	69,64
Stany graniczne depresji	18	16,07
Wartości nieprawidłowe, stwierdzenie zaburzeń depresyjnych	16	14,29

HADS-M (Hospital Anxiety and Depression Scale — Modified Version) — Szpitalna Skala Oceny Lęku i Depresji — wersja zmodyfikowana

Tabela 6. Analiza korelacji składowych kwestionariusza HADS z poziomem akceptacji choroby

Skala HADS-M	Poziom akceptacji choroby (AIS)	
	rho-Spearmana	Poziom istotności
Lęk	-0,51	< 0,001
Depresja	-0,57	< 0,001
Rozdrażnienie	-0,32	0,001

AIS (Acceptance of Illness Scale) — Skala akceptacji choroby; HADS-M (Hospital Anxiety and Depression Scale — Modified Version) — Szpitalna Skala Oceny Lęku i Depresji — wersja zmodyfikowana

Analiza korelacji wykazała ujemny wpływ wszystkich składowych (lęku, depresji i rozdrażnienia) kwestionariusza HADS-M na poziom jakości życia we wszystkich obszarach kwestionariusza WHOQOL-BREF. Wyniki korelacji przedstawiono w tabeli 9.

Dyskusja

Ocena jakości życia pacjentów onkologicznych stanowi ważny aspekt procesu terapeutycznego. Diagnoza choroby nowotworowej jest związana z silnymi reakcjami emocjonalnymi każdego pacjenta. Konsekwencje choroby dotyczą zarówno aspektów funkcjonowania fizycznego, jak i psychicznego — wpływają na tryb życia, pełnione role i funkcje społeczne, przyczyniają się do rezygnacji z założonych celów oraz przewartościowania potrzeb [15]. Rozpoznanie

Tabela 7. Ocena jakości życia na podstawie kwestionariusza WHOQOL-BREF po przeliczeniu wyników surowych na skalę 4–20 punktów

WHOQOL-BREF	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum
Obszar somatyczny	12,39	2,02	6	17
Obszar psychologiczny	14,29	2,42	6	20
Obszar socjalny	14,98	2,89	7	20
Obszar środowiskowy	15,04	2,35	8	20

WHOQOL-BREF (*The World Health Organization Quality of Life Bref*) — Kwestionariusz oceny jakości życia**Tabela 8. Współczynniki korelacji pomiędzy poziomem akceptacji choroby (AIS) a poziomem skal jakości życia według kwestionariusza WHOQOL-BREF**

WHOQOL-BREF	AIS	
	rho-Spearmana	Poziom istotności
Obszar somatyczny	0,47	< 0,001
Obszar psychologiczny	0,40	< 0,001
Obszar socjalny	0,39	< 0,001
Obszar środowiskowy	0,46	< 0,001

AIS (*Acceptance of Illness Scale*) — Skala akceptacji choroby; WHOQOL-BREF (*The World Health Organization Quality of Life Bref*) — Kwestionariusz oceny jakości życia**Tabela 9. Analiza korelacji pomiędzy poziomem lęku i depresji (HADS-M) a oceną jakości życia w obszarach kwestionariusza WHOQOL-BREF**

WHOQOL-BREF	HADS-M					
	Lęk		Depresja		Rozdrażnienie	
	rho-Spearmana	Poziom istotności	rho-Spearmana	Poziom istotności	rho-Spearmana	Poziom istotności
Obszar somatyczny	-0,54	< 0,001	-0,57	< 0,001	-0,20	0,033
Obszar psychologiczny	-0,50	< 0,001	-0,63	< 0,001	-0,19	0,040
Obszar socjalny	-0,43	< 0,001	-0,52	< 0,001	-0,20	0,035
Obszar środowiskowy	-0,48	< 0,001	-0,53	< 0,001	-0,19	0,042

HADS-M (*Hospital Anxiety and Depression Scale — Modified Version*) — Szpitalna Skala Oceny Lęku i Depresji — wersja zmodyfikowana; WHOQOL-BREF (*The World Health Organization Quality of Life Bref*) — Kwestionariusz oceny jakości życia

choroby nowotworowej jest zatem bardzo trudnym doświadczeniem związanym również z poczuciem bezradności i lęku. Dodatkowym czynnikiem powodującym nasilenie lęku i stresu jest proces terapeutyczny, który może wiązać się z koniecznością przeprowadzenia radykalnego leczenia chirurgicznego [16].

Zdiagnozowana choroba nowotworowa jest związana z silnym oddziaływaniem emocjonalnym. W przypadku osób młodych jest sytuacją szczególnie trudną ze względu na rozpoczęcie etapu życia związanego z wchodzeniem w dorosłość: zakładaniem rodziny, karierą zawodową i planami na przyszłość. Perspektywa ciężkiej choroby i długotrwałego procesu terapeutycznego wyzwała lęk, niepokój, złość

i obawy [17]. W niniejszym badaniu 31% kobiet odczuwało lęk, a 16% — depresję.

Objawy ze strony sfery emocjonalnej, jeśli są nadmierne nasilone, mogą mieć niekorzystny wpływ na przebieg terapii, osłabiać wolę walki i utrudniać procesy adaptacyjne. Stanowią też źródło cierpienia i niezrozumienia niektórych zachowań pacjentów [18]. Pojawiające się dolegliwości powodują obniżenie jakości życia, utrudnione funkcjonowanie w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym, prowadząc niejednokrotnie do rezygnacji i zaprzestania dalszego leczenia na skutek poczucia bezradności i osamotnienia [19]. W niniejszym badaniu zarówno lęk, jak i depresja negatywnie korelowały z oceną jakości życia i poziomem akceptacji choroby.

W piśmiennictwie naukowym istnieje wiele informacji oraz wyników badań dotyczących jakości życia pacjentów z chorobą nowotworową. Niewątpliwie ocena jakości życia chorych onkologicznych pozwala na uzyskanie informacji na temat konsekwencji i objawów choroby, ale również informacji o stanie psychologicznym, społecznym i duchowym badanych osób [20].

Na podstawie przeprowadzonego badania można stwierdzić, że chore pacjentki najwyżej oceniły jakość życia w obszarze środowiskowym, najniżej w obszarze somatycznym. Można stwierdzić, że badana grupa charakteryzowała się średnim, a nawet niskim poziomem jakości życia. Jakość życia w przypadku chorób onkologicznych determinowana jest przez wiele czynników: reakcją na diagnozę, akceptacją oraz radzenie sobie z chorobą, zastosowane metody leczenia. Najczęściej stosowaną metodą leczenia wśród badanej populacji było połączenie leczenia chirurgicznego z chemioterapią. Zielińska-Więczkowska i Betlakowski dowiedli, że chemioterapia ma negatywny wpływ na jakość życia w chorobie nowotworowej we wszystkich jej aspektach [21]. Kurowska i Spierewka natomiast wykazały, że leczenie chirurgiczne u kobiet z rakiem piersi (mastektomia) nie wpływa negatywnie na poczucie jakości życia, a pacjentki najwyżej oceniają jakość życia w domenie socjalnej [22]. Nowicki i wsp., dokonując oceny jakości życia wśród poddawanych radioterapii mężczyzn z rakiem gruczołu krokowego, nie wykazali znaczącego wpływu tej metody leczenia na funkcjonowanie chorych w życiu codziennym [23]. Zatem można stwierdzić, że jakość życia pacjentów z chorobami nowotworowymi jest uzależniona od wielu czynników, a dostępna literatura nie jest jednoznaczna w tym zakresie.

Choroba nowotworowa jest postrzegana jako nieuleczalna, a nawet śmiertelna. Takie postrzeżenie powoduje trudności z przystosowaniem się chorego do nowej sytuacji oraz z akceptacją choroby. Akceptacja choroby związana jest z adaptacją w zakresie zmian zachodzących w organizmie oraz w życiu codziennym chorego. Akceptacja choroby to także proces zachodzący na płaszczyźnie emocjonalnej i poznawczo-behawioralnej [24]. Badana grupa wykazała umiarkowany poziom akceptacji choroby (27,2). Podobny wynik wśród chorych leczonych z powodu nowotworów sutka i macicy uzyskali Juczyński i Chrystowska-Jabłońska [25].

W niniejszym badaniu wykazano dodatnią korelację akceptacji choroby z oceną jakości życia we wszystkich obszarach kwestionariusza WHOQOL-BREF. W piśmiennictwie naukowym stale porusza się problematykę akceptacji choroby oraz jakości życia pacjentów onkologicznych. Zielińska-Więczkowska i wsp. [26] w swojej

pracy wykazali, iż pacjenci onkologiczni w podeszłym wieku mają trudności z przystosowaniem się oraz akceptacją choroby, które mogą być związane z niskimi wynikami uzyskiwanymi w obszarze somatycznym kwestionariusza WHOQOL-BREF.

Dowiedziano istotną rolę akceptacji choroby w procesie leczenia. Uchmanowicz i wsp. oraz Obiegło i wsp. dowiedli pozytywnej roli akceptacji choroby w leczeniu pacjentów z niewydolnością serca [26, 27]. Jankowska-Polańska i wsp., Olek i wsp. oraz Jankowska i wsp. wskazują na istotną rolę akceptacji choroby w leczeniu pacjentów z nadciśnieniem tętniczym, przewlekłą obturacyjną chorobą płuc i reumatoidalnym zapaleniem stawów [28–30].

Akceptacja choroby jest złożonym procesem ogrywającym kluczową rolę w przystosowaniu do choroby przewlekłej lub nieuleczalnej. Jej poziom zależy od nasilenia czynników klinicznych, objawów, rodzaju podjętego leczenia i występujących skutków ubocznych. Istotnym czynnikiem związanym z poziomem akceptacji są predyspozycje indywidualne, podejmowane strategie radzenia sobie z chorobą i psychiczne przystosowanie do niej. Kulpa i wsp. [32] wykazali, że im silniejsza postawa walki o własne zdrowie oraz konstruktywna strategia radzenia sobie z chorobą wśród pacjentów onkologicznych, tym lepsza jakość życia.

Akceptacja zapewnia poczucie bezpieczeństwa i zmniejsza intensywność negatywnych reakcji i emocji związanych z chorobą i stosowaną terapią. Im wyższy stopień akceptacji choroby, tym mniejsze natężenie negatywnych reakcji i emocji związanych z chorobą oraz większy udział pacjenta w procesie terapeutycznym.

Wnioski

1. Kobiety z rakiem piersi wykazują średni poziom akceptacji choroby oraz graniczny poziom lęku i depresji.
2. Akceptacja choroby pozytywnie wpływa na ocenę jakości życia.
3. Występowanie lęku i depresji ma negatywny związek z oceną jakości życia i poziomem akceptacji choroby.

Implikacje praktyczne

Problem pacjentów z niską oceną jakości życia i niskim poziomem akceptacji choroby w przypadku skomplikowanych schematów leczenia choroby nowotworowej wymaga podejmowania skutecznych działań terapeutycznych. Pacjenci powinni być objęci opieką terapeutyczną przez zespół multidyscyplinarny, w którym działania terapeutyczne zostaną podzielone pomiędzy lekarzy, pielęgniarki i psychologów.

Piśmiennictwo

1. Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W. Prognozy zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce do 2025 roku. Centrum Onkologii — Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2009: 45–49.
2. www.onkologia.org.pl/rak-piersi-kobiet (dostęp: 1.03.2016).
3. Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku. Centrum Onkologii — Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2013.
4. Rolińska A., Furmaga O., Kwaśniewski W. i wsp. Zaburzenia psychiczne w przebiegu choroby nowotworowej. *Curr. Probl. Psychiatrii*. 2011; 12: 546–549.
5. Afa-Zajac A., Mess E., Gryboś M. i wsp. Jakość życia kobiet z chorobą nowotworową narządu rodowego. *Adv. Gin. Exp. Med.* 2005; 14: 151–156.
6. Jabłońska I., Drabik U. Charakterystyka aspektów jakości życia pacjentów z rakiem odbytnicy. *Probl. Pielęg.* 2009; 17: 144–151.
7. Trzebiatowska I. Zaburzenia psychiczne w chorobie nowotworowej. W: Jakość życia w chorobie nowotworowej. De Walden-Gałuszko K., Majkowicz M. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994: 13–40.
8. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001: 168–174.
9. Uchmanowicz I., Polańska-Jankowska B. Jakość życia w chorobach wewnętrznych — wybrane kwestionariusze badawcze. Wydawnictwo ECKP, Wrocław 2013.
10. Araszkiwicz A., Bartkowiak W., Starzec W. Zaburzenia lękowe w chorobie nowotworowej. *Psychiatr. Prakt. Ogólnolek.* 2004; 4: 157–166.
11. Hewit M., Herdman R., Holland J. National Cancer Policy Board. Meeting psychosocial needs of women with breast cancer. National Academy Press, Washington, D.C. 2004: 1–12, 21–62.
12. Wołowicka L., Jaracz K., Polska wersja WHOQOL 100 i WHOQOL-BREF. W: Wołowicka L. (red.). Jakość życia w naukach medycznych. Wydawnictwo Uczelniane AM, Poznań 2001: 231–238.
13. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr. Scand.* 1983; 67: 361–370.
14. Majkowicz M. Praktyczna ocena efektywności opieki paliatywnej — wybrane techniki badawcze. W: Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce. De Walden-Gałuszko K., Majkowicz M. (red.). Akademia Medyczna Gdańsk, Zakład Medycyny Paliatywnej, Gdańsk 2000: 21–42.
15. Golecka B. Jakość życia pacjentek z chorobą nowotworową leczonych metodą chemioterapii. *Med. Rodz.* 2013; 2: 35–40.
16. Juczyński Z. Psychologiczne wyznaczniki przystosowania się do choroby nowotworowej. *Psychoonkologia*. 1997; 2: 1.
17. Reakcje psychiczne osób młodych na chorobę nowotworową. www.sarcoma.pl/psychoonkologia/reakcje-psychiczne-osob-mlodych-na-chorobe-nowotworowa (dostęp: 12.03.2016 r.).
18. Pyk M., Michno M., Nowak-Szymańska M. Zmęczenie, ból, lęk i depresja u chorych onkologicznych. *Studia Medyczne Akademii Świętokrzyskiej*. 2003; 1: 149–158.
19. Rzepka K., Nowicki A. Zespół zmęczenia u chorych na raka piersi. *Współczesna Onkol.* 2010; 14: 321–325.
20. De Walden-Gałuszko K., Majkowicz M. Model oceny jakości opieki paliatywnej realizowanej w warunkach stacjonarnych. Zakład Medycyny Paliatywnej, Gdańsk 2001.
21. Zielińska-Więczkowska H., Betlakowski J. Jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową poddanych chemioterapii. *Współczesna Onkol.* 2010; 14: 276–280.
22. Kurowska K., Spierewka B. Rola przystosowania się do optymalnej jakości życia kobiet po mastektomii. *Pielęg. Chir. Angiol.* 2012; 3: 114–122.
23. Nowicki A., Staniewska J., Tesmer I. Ocena jakości życia chorych na raka gruczołu krokowego hospitalizowanych w trakcie radioterapii radykalnej. Część I. *Współczesna Onkol.* 2007; 11: 412–418.
24. De Walden-Gałuszko K., Majkowicz M. Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994.
25. Juczyński Z., Chrystowska-Jabłońska B. Strategia radzenia sobie z chorobą nowotworową. *Psychoonkologia*. 1999; 5: 3–9.
26. Zielińska-Więczkowska H., Żychlińska E.: Akceptacja choroby nowotworowej i jej związek z jakością życia osób starszych objętych opieką paliatywną stacjonarną i domową. *Med. Rodz.* 2015; 4: 151–156.
27. Uchmanowicz I., Pieniacka M., Kuśnierz M., Jankowska-Polańska B. Problem akceptacji choroby a jakość życia pacjentów z niewydolnością serca. *Probl. Pielęg.* 2015; 23: 69–74.
28. Obiegło M., Uchmanowicz I., Wleklik M., Jankowska-Polańska B., Kuśnierz M. The effect of acceptance of illness on the quality of life in patients with chronic heart failure. *Eur. J. Cardiovasc. Nurs.* 2016; 15: 241–247.
29. Jankowska-Polańska B., Ilko A., Wleklik M. Wpływ akceptacji choroby na jakość życia chorych z nadciśnieniem tętniczym. *Arterial Hypertension*. 2014; 18: 143–150.
30. Olek D., Uchmanowicz I., Chudiak A. i wsp. Wpływ akceptacji choroby na jakość życia chorych w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc. *Probl. Pielęg.* 2014; 22: 471–476.
31. Jankowska B., Uchmanowicz I., Polański J. i wsp. Czynniki kliniczne i socjodemograficzne determinujące jakość życia w reumatoidalnym zapaleniu stawów (RZS). *Fam. Med. Prim. Care. Rev.* 2010; 12: 1027–1034.
32. Kulpa M., Owczarek K., Stypuła-Ciuba B. Przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej a jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia u chorych onkologicznych. *Medycyna Paliatywna* 2013; 5: 106–113.