OCENA CZYNNIKÓW WPŁYWAJĄCYCH NA STOPIEŃ AKCEPTACJI ZACHOROWANIA NA RAKA PIERSI U KOBIET PODDANYCH LECZENIU OSZCZĘDZAJĄCEMU GRUCZOŁ PIERSIOWY: ANALIZA ODLEGŁA PO UPŁYWIE 5 LAT OD ZABIEGU – BADANIE WSTĘPNE

FACTORS INFLUENCING DISEASE ACCEPTANCE IN PATIENTS AFTER BREAST-CONSERVING SURGERY FOR BREAST CANCER: LONG-TERM ANALYSIS AFTER 5 YEARS SINCE SURGERY – PILOT STUDY

Magdalena Sowa¹, Iwona Głowacka-Mrotek², Tomasz Nowikiewicz³, Agata Gastecka⁴, Lilla Senetkiewicz⁵, Wojciech Zegarski³

¹ Katedra i Zakład Laseroterapii i Fizjoterapii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

² Katedra i Klinika Rehabilitacji, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

³ Katedra Chirurgii Onkologicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

⁴ Katedra Urologii, Wydział Lekarski, Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

⁵ Katedra i Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej, Wydział Farmaceutyczny, Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2018.7>

STRESZCZENIE

Wstęp. Rak piersi jest najczęściej rozpoznawanym nowotworem złośliwym w populacji polskiej. Leczenie chirurgiczne i uzupełniające wiąże się z występowaniem wielu działań niepożądanych. W procesie zdrowienia niezwykle ważnym aspektem jest jakość życia, na którą wpływ ma poziom akceptacji choroby nowotworowej.

Materiał i metody. Badaniem objęto 50 kobiet leczonych chirurgicznie metodą oszczędzającą pierś (BCT), po upływie 5 lat od zabiegu chirurgicznego. Pomiaru zmiennej zależnej dokonano, posługując się techniką CATI (ang. *computer assisted telephone interview*), wykorzystując w tym celu standaryzowaną Skalę Akceptacji Choroby (ang. *Acceptance of Illness Scale – AIS*) autorstwa B.J. Felton, T.A. Revenson i G.A. Hinrichsen, w adaptacji polskiej Zygryda Juczyńskiego. Punktacja w AIS mieści się w obszarze od 8 do 40. Im wyższy wynik, tym lepsze zaakceptowanie stanu zdrowia oraz mniej negatywnych konsekwencji choroby. Utworzono także kwestionariusz ankiety konstrukcji własnej, na podstawie którego uzyskano dane dotyczące wybranych cech socjodemograficznych oraz klinicznych.

Wyniki. Ogólny wynik akceptacji choroby nowotworowej w grupie badanej wynosił 33,7, co oznacza pełne zaakceptowanie schorzenia po upływie 5 lat od zabiegu przy braku przerzutów nowotworowych. Nie stwierdzono wpływu danych socjodemograficznych na poziom zmiennej zależnej. W grupie kobiet, u których wykonano procedurę węzła wartowniczego, odnotowano wyniki świadczące o lepszym zaakceptowaniu choroby w porównaniu do pacjentek poddanych limfadenektomii pachowej.

ABSTRACT

Introduction. Breast cancer is the most common cancer in the Polish population. Surgical and adjuvant treatment is associated with multiple complications. In the process of recovery, quality of life is obviously very important, and it might be influenced by disease acceptance.

Material and methods. We included 50 women 5 years after breast-conserving surgery (BCT) for breast cancer. The dependent variable was measured with the CATI (computer assisted telephone interview) technique using the standardized Acceptance of Illness Scale (AIS) by B.J. Felton, T.A. Revenson, and G.A. Hinrichsen in the Polish adaptation by Zygfryd Juczynski. The AIS scores range between 8 and 40 points, with higher scores indicating better acceptance of the disease and its negative consequences. We also used a self-made survey for collecting sociodemographic and clinical data.

Results. The general score of disease acceptance in the studied group was 33.7 points, which indicates full acceptance after 5 years since surgery in patients with no metastases. We did not find any association between sociodemographic data and the dependent variable. In the group of women who underwent sentinel node biopsy, disease acceptance was better in comparison to women who underwent axillary lymphadenectomy.

Conclusions. Five years after surgery for breast cancer women have high acceptance of the disease. Surgery conserving axillary lymph nodes leads to better coping with the disease.

Wnioski. Po upływie 5 lat od zabiegu chirurgicznego z powodu raka piersi kobiety cechują się wysokim zaakceptowaniem schorzenia. Zaoszczędzenie węzłów chłonnych dołu pachowego pozwala na lepsze przystosowanie się do choroby.

SŁOWA KLUCZOWE: rak piersi, akceptacja choroby, leczenie oszczędzające piersć.

KEYWORDS: breast cancer, disease acceptance, breast-conserving surgery.

Wprowadzenie

Choroby nowotworowe stanowią ważny problem zdrowotny i społeczny. Najczęściej obecnie diagnozowanym nowotworem złośliwym wśród kobiet zamieszkujących kraje wysokorozwinięte jest rak piersi. W przypadku mężczyzn nowotwór ten wykrywany jest zdecydowanie rzadziej. W 2010 r. w Polsce liczba zachorowań wśród płci męskiej wynosiła 1% ogółu przypadków tej choroby [1]. Pierwszym etapem terapii jest zazwyczaj leczenie chirurgiczne. W zależności od zakresu rozległości wycięcia guza pierwotnego może ono polegać na wykonaniu mastektomii lub zastosowaniu leczenia oszczędzającego piersć (ang. *breast conserving therapy* – BCT). BCT pozwala na usunięcie guza z marginesem tkanek zdrowych, przy zachowaniu dobrego efektu kosmetycznego. Obligatoryjnym elementem leczenia oszczędzającego piersć jest następowe uzupełniające napromienianie gruczołu. Leczenie chirurgiczne postaci inwazyjnych raka piersi wymaga również weryfikacji stanu regionalnych węzłów chłonnych. W zależności od wyniku oceny klinicznej węzłów chłonnych dołu pachowego oraz wyników badań obrazowych wymagane jest usunięcie węzła wartowniczego lub wykonanie limfadenektomii pachowej [1–3].

Zdiagnozowanie choroby onkologicznej oraz jej leczenie związane są z koniecznością zmiany priorytetów i dotychczasowych warunków życia. Dla pacjenta i jego najbliższych oznacza to dostosowanie się do nowej sytuacji. Przewlekły stres, negatywne emocje i strach przed chorobą często wiążą się z reakcjami emocjonalnymi o charakterze dezadaptacyjnym. Zgodnie z opinią Lewandowskiej i wsp. „często zdarza się, że problemem nie jest choroba, lecz brak jej akceptacji” [4]. Akceptacja choroby nowotworowej jest procesem złożonym, zależnym od cech osobowości pacjenta, jego samooceny, poczucia własnej skuteczności, wsparcia społecznego oraz opieki ze strony rodziny i personelu medycznego [2, 5, 6]. Poziom akceptacji choroby oraz strategia przystosowania psychicznego do nowej sytuacji zdrowotnej w dużej mierze wpływają na jakość życia pacjentki oraz stanowią jeden z kluczowych czynników w procesie zdrowienia [6, 7].

Cel pracy

Celem niniejszej pracy była ocena stopnia akceptacji choroby u kobiet z rakiem piersi leczonych chirurgicznie metodą BCT, przeprowadzana po upływie 5 lat od zabiegu operacyjnego. Analizie poddano również wpływ wybranych czynników socjodemograficznych i klinicznych na poziom akceptacji choroby w badanej grupie.

Materiał i metody

Analizą objęto próbę 50 kobiet leczonych chirurgicznie z powodu raka piersi w Centrum Onkologii im. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy.

Kryteria włączenia do badania stanowiły:

- rodzaj pierwotnego zabiegu operacyjnego: leczenie oszczędzające gruczoł piersiowy (BCT),
- okres obserwacji pooperacyjnej: co najmniej 5 lat,
- dobry ogólny stan zdrowia (EOCG 0–1),
- wiek chorej w przedziale 35–70 lat.

Jako kryteria wykluczenia przyjęto:

- rodzaj pierwotnego zabiegu operacyjnego: mastektomia,
- wystąpienie wznowy miejscowej raka lub zdiagnozowanie przerzutów odległych – w okresie 5 lat od zabiegu,
- konieczność wykonania amputacji piersi u chorych pierwotnie poddanych BCT,
- obecność chorób psychicznych.

Pomiaru badanych zmiennych dokonano techniką CATI, wykorzystując w tym celu standaryzowaną Skalę Akceptacji Choroby (ang. *Acceptance of Illness Scale* – AIS) autorstwa B.J. Felton, T.A. Revenson, G.A. Hinrichsen, w adaptacji polskiej Zygryda Juczyńskiego. W celu uzyskania danych dotyczących wybranych cech socjodemograficznych chorych (wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, stan zatrudnienia, stan cywilny oraz status socjoekonomiczny) oraz wybranych czynników klinicznych (rodzaj procedury chirurgicznej dotyczącej układu chłonnego dołu pachowego, lokalizacja guza nowotworowego, rodzaj leczenia adiuwantowego), by zweryfikować ich ewentualny wpływ na poziom akceptacji choroby, posłużono się kwestionariuszem własnej konstrukcji. Badanie miało charakter dobrowolny.

AIS jest narzędziem samoopisu, służącym do określenia poziomu akceptacji choroby. Składa się z ośmiu twierdzeń opisujących trudności i ograniczenia wynikające ze stanu zdrowia. Osoba badana udziela odpowiedzi w 5-stopniowej skali Likerta, gdzie ocena „1” oznacza zdecydowaną zgodę, natomiast „5” – zdecydowaną niezgodę. Punktacja w AIS mieści się w obszarze od 8 do 40 punktów. Im wyższy wynik, tym lepsze zaakceptowanie stanu zdrowia (niższy poziom negatywnych odczuć związanych z chorobą). Niski wynik oznacza brak akceptacji i przystosowania się do choroby oraz towarzyszący dyskomfort psychiczny i negatywne emocje. Skala przystosowana jest do badania akceptacji choroby wśród osób dorosłych, w każdej jednostce chorobowej [7].

Badanie przeprowadzono po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy (KB 665/2016).

Wnioskowanie statystyczne

Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą pakietu statystycznego PQStat wersja 1.6.0.428. Zależność pomiędzy danymi informacyjnymi oraz wybranymi czynnikami klinicznymi a stopniem akceptacji choroby w grupie badanej analizowano testem Kruskala-Wallisa oraz testem U Manna-Whitneya. Celem oceny wpływu leczenia adiuwantowego na poziom akceptacji choroby wykorzystano test U Manna-Whitneya z uwagi na obecność dwóch podgrup o rozkładzie nieparametrycznym. Elementem obligatoryjnym w przypadku leczenia oszczędzającego piersi jest następowa radioterapia. Testem U Manna-Whitneya porównano stopień akceptacji choroby w następujących podgrupach: radioterapia + chemioterapia (RTH + CHTH) oraz radioterapia + hormonoterapia (RTH + HTH). Dla wykonanych obliczeń statystycznych za istotne przyjęto prawdopodobieństwo testowe na poziomie $p < 0,05$, natomiast za wysoce istotne przyjęto prawdopodobieństwo testowe na poziomie $p < 0,01$.

Wyniki

Zakwalifikowane do badania kobiety scharakteryzowano w zakresie cech socjodemograficznych oraz wybranych czynników klinicznych. Średnia wieku w badanej próbie wynosiła 60,1 roku. Przeważały kobiety w przedziale wiekowym 55–64 lat (40% chorych) oraz powyżej 65. r.ż. (38%), z widoczną przewagą osób pozostających w związkach małżeńskich (82%). Ponad połowa ankietowanych deklarowała posiadanie wykształcenia zawodowego (58% próby). Pod względem aktywności zawodowej dominowały kobiety utrzymujące się z renty chorobowej lub rodzinnej (46%). Wśród osób ba-

danych znaczna większość zamieszkiwała na terenach miejskich, najczęściej były to mieszkanki dużych miast (46%). Nieco ponad połowa badanych (52%) wskazała na średni status socjoekonomiczny.

Lokalizacja guza nowotworowego nieznacznie częściej (54%) dotyczyła piersi prawej. U 74% kobiet podczas zabiegu chirurgicznego wykonano procedurę węzła wartowniczego, w pozostałych przypadkach chore wymagały elektywnej limfadenektomii dołu pachowego. Po zabiegu chirurgicznym 44 pacjentki zostały zakwalifikowane do systemowego leczenia adiuwantowego oraz 50 chorych zakwalifikowano do radioterapii uzupełniającej.

Tabela 1. Ogólna charakterystyka grupy badanej (n = 50)

Table 1. Experimental group characteristics (n = 50)

Zmienne niezależne/ Independent variables	Kategoria/ Category	Liczba (n)/ No.	Procent (%)/ Percent (%)
Przedziały wiekowe/ Age group	35–44 lata 35–44 years old	2	4%
	45–54 lata 45–54 years old	9	18%
	55–64 lata 55–64 years old	20	40%
	65–70 lat 65–70 years old	19	38%
Wykształcenie/ Education level	podstawowe/ elementary	5	10%
	zawodowe/ vocational	29	58%
	średnie/ secondary	9	18%
	wyższe/ tertiary	7	14%
Miejsce zamieszkania/ place of residence	wieś/ village	9	18%
	miasto do 100 tys./ town up to 100k	18	36%
	miasto > 100 tys./ city > 100k	23	46%
Stan zatrudnienia/ Employment status	praca etatowa/ full-time employment	14	28%
	emerytura/ pension	2	4%
	renta/ disability benefits	23	46%
	bezrobotna/ unemployed	5	10%
	własna działalność gospodarcza/ self-employed	6	12%
Stan cywilny/ Marital status	panna/ single	2	4%
	mężatka/ married	41	82%
	wdowa/ widowed	4	8%
	rozwidziona/ divorced	3	6%

Status socjoekonomiczny/ Socioeconomic status	niski/ low	5	10%
	średni/ moderate	26	52%
	dobry/ good	18	36%
	bardzo dobry/ very good	1	2%
Leczenie adiuwantowe/ Adjuvant treatment type	radioterapia/ radiotherapy	50	100%
	chemioterapia/ chemotherapy	17	34%
	hormonoterapia/ hormonaltherapy	26	52%
Procedura w obrębie regionalnego układu chłonnego/ Type of surgery performed on regional lymphatic system	procedura węzła wartowniczego/ sentinel node procedure	37	74%
	limfadenektomia pachowa/ axillary lymphadenectomy	13	26%
Strona operowana/ Side operated on	prawa/ right	27	54%
	lewa/ left	23	46%

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

W pierwszym etapie badania oceniono wpływ danych socjodemograficznych oraz wybranych czynników klinicznych na stopień akceptacji choroby, po upływie 5 lat od zabiegu chirurgicznego. Analiza statystyczna wykazała związek pomiędzy liczbą usuniętych węzłów chłonnych a zaakceptowaniem choroby nowotworowej. W przypadku procedury węzła wartowniczego wyniki akceptacji choroby w analizowanej próbie wynosiły średnio 35,54 (mediana 36) i były wyższe niż w przypadku limfadenektomii pachowej (ze średnią na poziomie 28,46 i medianą 28). Były to różnice wysoce istotne statystycznie ($p = 0,0036$). Jednocześnie nie stwierdzono podobnych zależności w przypadku pozostałych z analizowanych zmiennych niezależnych ($p > 0,05$). Szczegółowe dane zawarto w **tabeli 2**.

Tabela 2. Wpływ wybranych czynników klinicznych oraz cech socjodemograficznych na stopień akceptacji choroby w grupie badanej
Table 2. Influence of certain clinical factors and sociodemographic descriptors on the level of acceptance of illness in the experimental group

Zmienne niezależne/ Independent variables	Kategoria/ Category	Średnia arytmetyczna/ Arithmetic mean	SD	Min.	Mediana/ median	Maks.	Test Kruskala-Wallis, / test U Manna-Whitneya / Kruskal-Wallis, test, Mann-Whitney U test
Przedziały wiekowe/ Age group	35–44 lata/ 35–44 years old	33,00	7,07	28,00	33,00	38,00	H=0,7766 p=0,8550
	45–54 lata/ 45–54 years old	35,11	3,30	27,00	36,00	38,00	
	55–64 lata/ 55–64 years old	33,80	6,90	16,00	35,50	40,00	
	powyżej 65 lat/ over 65 years old	33,00	6,00	20,00	35,00	40,00	
Wykształcenie/ Education level	podstawowe/ primary	31,60	7,57	20,00	34,00	40,00	H=1,7991 p=0,6151
	zawodowe/ vocational	33,62	6,30	16,00	35,00	40,00	
	średnie/ secondary	33,78	4,32	25,00	35,00	39,00	
	wyższe/ tertiary	35,43	5,53	27,00	38,00	40,00	
Miejsce zamieszkania/ Place of residence	wieś/ village	31,67	7,65	19,00	35,00	40,00	H=1,3232 p=0,5160
	miasto do 100 tys./ town up to 100k	32,78	6,96	16,00	35,00	40,00	
	miasto > 100 tys./ city >100k	35,22	3,83	27,00	36,00	40,00	
Stan zatrudnienia/ Employment status	praca etatowa/ full-time employment	34,57	4,59	25,00	36,00	40,00	H=3,3993 p=0,4933
	emerytura/ pension	35,50	0,71	35,00	35,50	36,00	
	renta/ disability benefit	31,87	7,28	16,00	34,00	40,00	
	bezrobotna/ unemployed	37,20	3,42	33,00	39,00	40,00	
	własna działalność gospodarcza/ self-employed	35,17	3,60	31,00	36,00	40,00	

Stan cywilny/ Marital status	panna/ single	31,50	0,71	31,00	31,50	32,00	H=2,5507 p=0,4662
	mężatka/ married	33,73	5,90	16,00	35,00	40,00	
	wdowa/ widowed	31,75	9,18	20,00	33,50	40,00	
	rozwidziona/ divorced	37,33	2,31	36,00	36,00	40,00	
Status socioeko- nomiczny/ Socio- economic status	niski/ low	29,8	5,97	20	31	35	H=3,7080 p=0,1566
	średni/ moderate	34,23	6,02	19	36	40	
	dobry/ good	33,78	5,78	16	35,5	40	
	bardzo dobry/ very good	---	---	---	---	---	
Leczenie adiuwan- towe/ Adjuvant treatment	radioterapia + chemiote- rapia/ radiothera- py + chemiothe- rapy	31,41	7,69	16,00	34,00	40,00	Z=1,2532 p=0,2101
	radioterapia + hormonote- rapia/ radiothera- py + hormonalthe- rapy	32,73	6,45	19,00	34,50	40,00	
Procedu- ra chirur- giczna w obrębie układu chłonne- go/ Type of surgery per- formed on regional lymphatic system	procedura węzła wartownicze- go/ sentinel node procedure	35,54	3,81	22,00	36,00	40,00	Z=2,9065 p=0,0036
	limfadenekto- mia pachowa/ axillarylym- phadenec- tomy	28,46	7,71	16,00	28,00	39,00	
Strona operowa- na/ Side operatem on	prawa/ right	33,74	5,09	19,00	35,00	40,00	Z=0,7323 p=0,4640
	lewa/ left	33,65	6,89	16,00	37,00	40,00	

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Mimo braku miejscowego nawrotu raka lub obecności przerzutów odległych po upływie 5 lat od zabiegu operacyjnego 4% kobiet z analizowanej grupy nadal nie akceptowało swojej choroby. Wynik świadczący o średnim poziomie akceptacji zachorowania osiągnęło 78% pacjentek. Natomiast całkowitą akceptację choroby i związanych z nią konsekwencji wykazało 18% chorych. Ogólny, średni wynik w badanej grupie wyniósł 33,7, co świadczyło o zaakceptowaniu przebytej choroby nowotworowej piersi. Szczegółowe dane zawarto w tabeli 3.

Tabela 3. Poziomy akceptacji choroby w AIS po upływie 5 lat od zabiegu chirurgicznego

Table 3. Levels of acceptance of illness expressed as stores in AIS scale after 5 years following surgical treatment

Przedziały AIS/ AIS level	Punktacja/ Number of points	n	%
Niski/ Low	8–19	2	4%
Średni/ Moderate	20–30	39	78%
Wysoki/ High	30–40	9	18%
Ogółem/ Total	33,7	50	100%

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Dalsza analiza dotyczyła oceny poszczególnych stwierdzeń zawartych w AIS. Uśrednione wartości dla poszczególnych twierdzeń w AIS mieściły się w przedziale od 3,82 do 4,56. Najwyżej oceniono twierdzenie: „Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zaskópotani z powodu mojej choroby” (średnia 4,46) oraz: „Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebna” (średnia 4,54). Najniżej natomiast punktowano: „Z powodu stanu swojego zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię” (średnia 3,88) oraz: „Nigdy nie będę samowystarczająca w takim stopniu, w jakim chciałabym być” (średnia 3,82). Oznaczało to, że większa zależność od innych oraz niemożność wykonywania wszystkich rzeczy, które przed chorobą sprawiały przyjemność, były w badanej próbie główną przyczyną spadku akceptacji choroby. Szczegółowe dane przedstawia tabela 4.

Tabela 4. Średnie wartości dla danych stwierdzeń w AIS – ocena po upływie 5 lat od zabiegu operacyjnego

Table 4. Mean values for particular questions from the AIS scale – evaluated after 5 years following surgical treatment

Stwierdzenie w AIS/ Questions in the AIS scale	Średnia/ Arithmetic mean	SD	Min.	Maks.
1. Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę/ 1. I have problems with adapting to limitations imposed by my illness	4,10	0,97	1,00	5,00
2. Z powodu stanu swojego zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię/ 2. I cannot do what I like best because of my health condition	3,88	1,04	1,00	5,00
3. Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebna/ 3. My illness makes me sometimes feel unwanted	4,54	0,84	1,00	5,00
4. Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależna od innych, niż tego chcę/ 4. My health problems make me rely on others more than I want to	4,00	1,19	1,00	5,00

5. Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół/ 5. <i>My illness makes me a burden for my family and friends</i>	4,56	0,79	1,00	5,00
6. Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem/ 6. <i>My health condition makes me feel a human of little value</i>	4,34	1,02	1,00	5,00
7. Nigdy nie będę samowystarczalna w takim stopniu, w jakim chciałabym być/ 7. <i>I will never be self-dependent to the extent I would like to be</i>	3,82	1,26	1,00	5,00
8. Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby/ 8. <i>I think people around me feel often embarrassed because of my illness</i>	4,46	0,88	1,00	5,00
Ogólny wskaźnik akceptacji choroby/ Overall level of acceptance of illness	33,7	35	8	40

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Dyskusja

Badania własne miały na celu ocenę stopnia akceptacji choroby w grupie 50 kobiet leczonych chirurgicznie z powodu raka piersi metodą BCT. Posłużono się w tym celu standaryzowaną Skalą Akceptacji Choroby (AIS). Po upływie 5 lat od operacji ogólny wynik akceptacji choroby wyniósł 33,7. Oznaczało to pełne zaakceptowanie przebytej choroby nowotworowej. Stwierdzono istotny związek pomiędzy procedurą chirurgiczną wykonaną w obrębie regionalnego układu chłonnego oraz poziomem akceptacji choroby. Lepsze wyniki osiągnęły chore, u których wykonano procedurę węzła wartowniczego.

Zgodnie z wynikami badań Religioni i wsp. rak piersi należy do dobrze akceptowanych chorób nowotworowych przez leczonych z tego powodu pacjentów [8]. W badaniach własnych 4% kobiet mimo upływu 5 lat od zabiegu chirurgicznego nadal nie akceptowało swojej choroby. Jednak zdecydowana większość pacjentek deklarowała akceptację choroby na poziomie średnim (78%) lub w sposób pełny (18%). Ogólny wynik dla badanej grupy świadczył o wysokim poziomie akceptacji zachorowania na nowotwór sutka, co jest zgodne z wynikami przedstawionymi przez innych autorów [9].

Zdaniem Pawlik i wsp. o zaakceptowaniu choroby nowotworowej przez chore na raka piersi w największym stopniu decyduje długość czasu, jaki upłynął od zdiagnozowania zachorowania i zakończenia leczenia. Im dłuższa perspektywa czasowa, tym lepsze zaakceptowanie schorzenia. Z danych opublikowanych przez innych autorów wynika, że w chwili rozpoznania raka piersi aż 92,6% chorych nie akceptowało choroby nowotworowej. Pierwsze oznaki akceptacji problemu zdrowotnego pojawiły się u badanych po upływie 6 miesięcy od zabiegu chirurgicznego. Natomiast najwyższe wyniki w AIS odnotowano dopiero po upływie 2–5 lat

od diagnozy [9]. Bąk-Sosnowska i wsp., badając akceptację choroby wśród kobiet w pierwszych dobach po amputacji piersi, odnotowali średni wynik na poziomie $24,56 \pm 6,31$ punktu. Oznaczało to przeciętny poziom zaakceptowania nowej sytuacji zdrowotnej w pierwszym etapie leczenia [10]. Z kolei w pracy Nowickiego i wsp. nie potwierdzono u chorych istnienia pozytywnego wpływu dłuższej perspektywy czasowej na stopień akceptacji zachorowania na raka piersi [11].

Wyniki badań własnych różnią się także od doniesień innych autorów prowadzących badania z wykorzystaniem AIS wśród pacjentów z innymi jednostkami chorobowymi i są wyższe [12, 13]. W badaniach Juczyńskiego średnie wyniki akceptacji choroby w grupie kobiet z rakiem piersi i szyjki macicy (28,13) są wyższe w porównaniu do pacjentów z neuropatią (18,46), mężczyzn po zawale mięśnia sercowego (22,14), pacjentów z bólem kręgosłupa (20,51) oraz diabetyków (24,81) [7].

Zgodnie z wynikami badań przeprowadzonych przez Dońka i wsp. poddane przez nich analizie dane demograficzne chorych nie wykazały wpływu na stopień akceptacji choroby nowotworowej [14]. Jednak w pracach innych autorów wykazano obecność takiej zależności [8, 15–19]. W opracowaniu Łatki i wsp. stwierdzono lepsze przystosowanie do choroby u chorych płci męskiej, z wyższym poziomem wykształcenia oraz dobrą sytuacją ekonomiczną [17]. Z kolei w badaniach Czerw i wsp. potwierdzono pozytywny wpływ dobrej sytuacji materialnej na akceptację choroby nowotworowej piersi. Podobna zależność dotyczyła miejsca zamieszkania – mieszkanki dużych miast cechowały się wyższymi wynikami uzyskanymi w AIS [16].

Predyktorami stopnia akceptacji choroby nowotworowej mogą być także niektóre spośród czynników klinicznych [8]. W poddanej analizie grupie chorych czynnikiem determinującym poziom akceptacji choroby nowotworowej był rodzaj zabiegu operacyjnego wykonanego w obrębie regionalnego układu chłonnego. Przystosowanie się do nowej sytuacji zdrowotnej w znacznym stopniu utrudniała chorym konieczność przeprowadzenia limfadenektomii pachowej. Kobiety poddane procedurze węzła wartowniczego osiągnęły znacznie wyższe wyniki akceptacji choroby. Stwierdzone różnice okazały się wysoce istotne statystycznie ($p = 0,0036$).

Jak wynika z badań Kazimierczak i wsp., o stopniu akceptacji choroby może decydować także dostęp chorych do opieki psychologicznej. Pacjentki, które podczas leczenia onkologicznego miały stałą możliwość kontaktów z psychoonkologiem, osiągnęły znacznie wyższe wyniki w AIS niż kobiety niekorzystające z tych form terapii ($p = 0,016$) [20]. Stopień akceptacji choroby może być zależny także od wybra-

nej strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową. Zgodnie z wynikami wielu przeprowadzonych badań wraz ze wzrostem konstruktywnego stylu radzenia sobie wzrasta poziom akceptacji choroby [10, 20, 21]. W niniejszej pracy nie analizowano jednak tych zależności.

Oprócz dbałości o jak najwyższy poziom wskaźnika przeżyć 5-letnich, badania dotyczące oceny jakości życia pacjentów leczonych z powodu chorób nowotworowych, w tym raka piersi, stały się zauważalnym problemem współczesnej chirurgii onkologicznej. Wynika to przede wszystkim z dużej wagi holistycznego podejścia do pacjenta, które uwzględnia konieczność zapewnienia mu opieki psychologicznej na wszystkich etapach leczenia przeciwnowotworowego.

Istotnym ograniczeniem przeprowadzonej w naszym ośrodku analizy jest brak pełnej reprezentatywności zakwalifikowanej do badania próby. Zaplanowane kontynuowanie rozpoczętych obserwacji, połączone również z wyraźnym zwiększeniem liczby badanej grupy chorych, pozwoli na sformułowanie bardziej precyzyjnych wniosków.

Wnioski

1. Po upływie 5 lat od zabiegu chirurgicznego metodą BCT stwierdzono akceptację przebytej choroby nowotworowej w badanej próbie kobiet.
2. W analizowanej próbie wykonanie procedury węzła wartowniczego wiązało się z lepszymi wynikami w AIS w porównaniu do zabiegu limfadenektomii pachowej ($p = 0,0036$).

Piśmiennictwo

1. Didkowska J, Wojciechowska U. Nowotwory piersi w Polsce i Europie – populacyjny punkt widzenia. *Nowotwory. J Oncol.* 2013; 63 (2): 111–118.
2. Ryś J, Wysocki W, Chmielik E, Olszewski W. Rodzaje operacji wykonywanych u chorych na raka piersi i zasady zabezpieczania materiału tkankowego do badania histologicznego. *Pol J Pathol.* 2011; 4(4): 20–25.
3. Łuczyk M, Pietraszek A, Łuczyk R, Szadowska-Szlachetka Z, Stanisławek A. Strategie przystosowania do choroby nowotworowej oraz jej akceptacja w grupie kobiet z rakiem piersi leczonych chirurgicznie. W: Olszówka E, Maciąg K (red.). *Choroby XXI wieku: wybrane zagadnienia.* Lublin: Fundacja na rzecz promocji nauki i rozwoju TYGIEL; 2015. 261–275.
4. Lewandowska-Abucewicz T, Kęcka K, Brodowski J. Akceptacja choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii w województwie zachodniopomorskim – badania wstępne. *Fam Med Primary Care Rev.* 2016; 18(2): 143–148.
5. Uchmanowicz I. Wpływ zespołu kruchości na ocenę akceptacji choroby u chorych w wieku podeszłym na niewydolność serca. *Gerontol Pol.* 2015; 1: 3–10.
6. Rolka H, Krajewska-Kułak E, Kułak W. Akceptacja choroby i strategie radzenia sobie z bólem jako istotne komponenty oceny jakości życia zależnej od stanu zdrowia u chorych z migreną. *Doniesienie wstępne. Probl Piel.* 2009; 17: 178–183.
7. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia.* Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. 2012; 162–166.
8. Religioni U, Czerw A, Deptała A. Acceptance of Cancer In Patients Diagnosed with Lung, Breast, Colorectal and Prostate Carcinoma. *Iran J Public Health.* 2015; 44(8): 1135–1142.
9. Pawlik M, Kaczmarek-Borowska B. Akceptacja choroby u kobiet po mastektomii. *Prz Med Uniw Rzeszow.* 2013; 2: 203–211.
10. Bąk-Sosnowska M, Oleszko K, Skrzypulec-Plintas V. Akceptacja psychologiczna dojrzałych kobiet w pierwszych dobach po zabiegu mastektomii. *Prz Menopauz.* 2013; 2: 120–124.
11. Nowicki A, Ostrowska Ż. Akceptacja choroby przez chore po operacji raka piersi w trakcie leczenia uzupełniającego. *Pol Merk Lek.* 2008; 24: 403–407.
12. Karna-Matyjaszek U, Sierżantowicz R, Mariak Z. Akceptacja własnej choroby przez pacjentów z rozpoznaną jaskrą. *Pol Merk Lek.* 2010; 28(163): 37.
13. Kurowska K, Lach B. Akceptacja choroby i sposoby radzenia sobie ze stresem u chorych na cukrzycę typu II. *Diabetol Prakt.* 2011; 12(3): 113–119.
14. Dońska K, Kanadys K, Lewicka K, Baran B, Wiktor H. Reakcje kobiet na rozpoznanie zmian guzowatych i choroby nowotworowej. *Ann UMCS.* 2005; 60, 16(78): 357–362.
15. 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(18): 151–156.
16. Czerw A, Religioni U, Deptała A. Assessment of pain, acceptance of illness, adjustment to life with cancer and coping strategies in breast cancer patients. *Breast Cancer.* 2016; 23: 654–661.
17. Łatka J, Majda A, Sołtys A. Uwarunkowania akceptacji choroby przez chorych poddawanych hemodializie zewnątrzustrojowej. *Probl Piel.* 2013; 21(3): 318–326.
18. Ogińska-Bulik N, Kozak G. Akceptacja choroby jako wyznacznik radzenia sobie z chorobą nowotworową u pacjentów opieki paliatywnej. *Psychoonkologia.* 2002; 6(1): 21–25.
19. Nowicki A, Krzemkowska E, Rhone P. Acceptance of illness after surgery in patients with breast cancer in the early postoperative period. *Pol Prz Chir.* 2015; 87: 539–550.
20. Kazimierzczak U, Bułatowicz I, Radziwińska A, Strojek K, Żukow W. Zaburzenia psychofizyczne występujące u kobiet po mastektomii. *J Health Sci.* 2013; 3(10): 337–346.
21. Ogińska-Bulik M. Rola prężności psychicznej w przystosowaniu się kobiet do choroby nowotworowej. *Psychoonkologia.* 2011; 1: 16–24.

Artykuł przyjęty do redakcji: 10.07.2017

Artykuł przyjęty do publikacji: 07.08.2017

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Magdalena Sowa
ul. Techników 3
85-801 Bydgoszcz
tel.: 52 585 34 85
e-mail: magdalena.sowa@cm.umk.pl
Katedra i Zakład Laseroterapii i Fizjoterapii, Wydział Nauk o Zdrowiu
Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika
w Toruniu