

WPLYW AKCEPTACJI CHOROBY NA JAKOŚĆ ŻYCIA KOBIEC Z RAKIEM PIERSI

Effect of acceptance of disease on quality of life in women with breast cancer

Jowita Jakubas¹, Anna Rycombel², Katarzyna Lomper²

¹ Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

² Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: anariyc@gmail.com

STRESZCZENIE

Wstęp. Rak piersi to nowotwór najczęściej występujący wśród kobiet na całym świecie. Zgodnie z wytycznymi WHO (*World Health Organization*), kluczowym elementem leczenia raka piersi jest zwrócenie uwagi na jakość życia chorych w trakcie terapii oraz po jej zakończeniu. Jednym z ważnych aspektów w chorobie nowotworowej jest akceptacja choroby i umiejętność przystosowania się do nowego życia, a co jest z tym związane – poprawa jakości życia.

Cel pracy. Zbadanie wpływu akceptacji choroby na jakość życia kobiet z rakiem piersi.

Materiał i metody. Badaniem objęto 100 pacjentek w wieku od 30 do 81 lat, będących w trakcie hospitalizacji z powodu nowotworu piersi w Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu. W badaniu posłużono się skalą akceptacji choroby AIS (*Acceptance of Illness Scale*) oraz kwestionariuszem ogólnym jakości życia SF-36 (*Short Form 36*).

Wyniki. Na poziom akceptacji choroby wpływało zastosowanie leczenia adjuwantowego, gdzie pacjentki otrzymujące leczenie uzupełniające, cechowały się istotnie niższymi wartościami skali akceptacji choroby. Stwierdzono istotny wpływ miejsca zamieszkania na poziom wszystkich trzech analizowanych wymiarów jakości życia. Pacjentki zamieszkujące miasta cechowały się wyższą oceną jakości życia. Wzrost poziomu akceptacji choroby wiązał się z poprawą jakości życia we wszystkich trzech wymiarach. Wyższy poziom akceptacji choroby oraz zamieszkanie w mieście są niezależnymi czynnikami determinującymi niższe wartości wszystkich trzech wymiarów jakości życia, a więc lepszy ich poziom.

Wnioski. Wyższy stopień akceptacji choroby jest niezależnym czynnikiem wpływającym korzystnie na poziom jakości życia. Obok stopnia akceptacji choroby na poziom jakości życia wpływa korzystnie zamieszkanie w mieście.

Słowa kluczowe: rak piersi, akceptacja choroby, jakość życia.

SUMMARY

Background. Breast cancer is the cancer that most often occurs among women around the world. In accordance with the guidelines of the World Health Organization the key part of treatment for breast cancer is to draw attention to the quality of life of patients during and after therapy. Quality of life takes on a particular importance in Oncology. One of the important aspects in cancer is the acceptance of the disease and the ability to adapt to a new life.

Objectives. To examine the effect of the acceptance of the disease on quality of life in women with breast cancer.

Material and methods. The study included 100 patients between the ages of 30 to 81 years old, in the course of hospitalization due to cancer in the breast cancer center, in Hospital of Oncology in Wrocław. The study used a scale of acceptance of AIS (*Acceptance of Illness Scale*) and the general quality of life questionnaire SF-36 (*Short Form 36*).

Results. The level of acceptance of the disease has affected by the use of supplemental treatment where patients received adjuvant therapy they had considerably lower values scale acceptance of the disease. Significant impact of the place of residence on the level of all three analysed dimensions of quality of life has observed. Women living in the cities were characterised by a higher assessment of quality of life. The increase in the level of acceptance of the disease. Has been linked with the improvement of the quality of life. In all three dimensions. A higher level of acceptance of the disease and living in the city are independent factors that determine lower values of all three dimensions of quality of life, and thus better their level.

Conclusions. A higher degree of acceptance of the disease is an independent factor that affects the level of quality of life. In addition to the degree of acceptance of the disease, living in the city affects the level of quality of life.

Key words: breast cancer, approval of illness, quality of life.

WSTĘP

Rak piersi należy do najczęstszych nowotworów w grupie kobiet i stanowi 20% wszystkich nowotworów złośliwych. Dotyczy kobiet między 45. a 69. rokiem życia. Mniej niż 1% przypadków dotyczy mężczyzn [1]. Według dostępnych danych Krajowego Rejestru Nowotworów Złośliwych w 2010 r. zdiagnozowano 16 000 zachorowań w grupie kobiet i 107 w grupie mężczyzn [2]. Rozpoznanie choroby nowotworowej jest niezwykle traumatycznym wydarzeniem w życiu człowieka. Diagnoza i leczenie mogą powodować zmiany w sferze psychicznej i fizycznej, do których należą powikłania somatyczne po zastosowanym leczeniu czy stres spowodowany chorobą. Zmiany te prowadzą do trudności w funkcjonowaniu w szeroko pojętej sferze społecznej [3]. Wpływa to na poziom akceptacji choroby i przystosowanie się do nowego życia. Można zakładać, że zwiększenie akceptacji choroby może zwiększać przystosowanie się do choroby nowotworowej i wpłynąć na bardziej aktywne radzenie sobie z chorobą [4]. Zgodnie z wytycznymi WHO (*World Health Organization*), kluczowym elementem leczenia raka piersi jest zwrócenie uwagi na jakość życia – QoL (*quality of life*) chorych w trakcie terapii oraz po jej zakończeniu. Badania nad jakością życia w onkologii prowadzone są w większości krajów Europy

Zachodniej. Narodowy Instytut Raka w USA oraz Europejska Organizacja Badania i Leczenia Raka powołały odpowiednie grupy badawcze zajmujące się badaniem jakości życia [5]. Jakość życia jest pojęciem wielowymiarowym, dlatego też w medycynie zostało wprowadzone pojęcie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia – HRQoL (*health related quality of life*). Definicję tego zagadnienia przedstawił Schipper w 1990 r., określając HRQoL jako: „funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia odbierany (przeżywany) przez pacjenta” [3, 6].

CEL PRACY

Zbadanie wpływu akceptacji choroby na jakość życia kobiet z rakiem piersi.

MATERIAŁ I METODY

Badanie zostało przeprowadzone wśród 100 pacjentek, będących w trakcie hospitalizacji z powodu nowotworu złośliwego gruczołu piersiowego w Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu na Oddziałach Chirurgii, Radioterapii i Chemioterapii w okresie od października 2013 do stycznia 2014 r. Badaniem objęto kobiety w wieku od 30 do 81 lat (średnia 57,2 ± 11,0 lat). Udział w badaniu był dobrowolny, a przeprowadzone ankiety gwarantowały pełną anonimowość. Badanie zostało

przeprowadzone za zgodą Dyrektora Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu.

Do badania wykorzystano następujące narzędzia badawcze:

- skalę akceptacji choroby AIS (*Acceptance of Illness Scale*),
- kwestionariusz ogólny jakości życia SF-36 (*Short Form 36*).

Od wszystkich badanych kobiet zebrano aktualne dane dotyczące ich wieku, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego, wykształcenia oraz zastosowanych metod leczniczych.

Skala AIS autorstwa Feltona i wsp. została przystosowana do badań polskich przez Juczyńskiego. Kwestionariusz ten zawiera osiem stwierdzeń dotyczących złego stanu zdrowia wynikającego z danej choroby. Chory ma za zadanie ustosunkować się do każdego stwierdzenia zaznaczając liczbę w pięciostopniowej skali, która najlepiej określa obecny stan zdrowia. Maksymalnie można zdobyć 40 punktów. Im większa liczba punktów, tym lepsza akceptacja choroby, a więc odpowiednie przystosowanie się chorego do ograniczeń wynikających z danej choroby. Niski wynik oznacza brak akceptacji choroby oraz duży dyskomfort z nią związany [7].

Kwestionariusz ogólny SF-36 (*Short Form 36*) służy do subiektywnej oceny jakości życia. Zawiera 11 pytań, które określają 8 obszarów funkcjonowania: funkcjonowanie fizyczne, ograniczenie pełnienia ról ze względów fizycznych, odczuwanie bólu, zdrowie ogólne, vitalność, funkcjonowanie społeczne, ograniczenie pełnienia ról ze względu na problemy emocjonalne, ocena własnego zdrowia psychicznego. Pomiar końcowy uwzględnia poziom aktywności fizycznej (FIZ), poziom aktywności umysłowej (MENT), oraz indeks jakości życia (QoL). Według Tylki, autora polskiej wersji kwestionariusza, najwyższa wartość punktowa oznacza najniższy stopień w ocenie jakości życia, analogicznie najniższa wartość punktowa odpowiada najwyższej ocenie jakości życia. W wymiarze fizycznym pacjent może uzyskać maksymalnie 103 pkt., natomiast w wymiarze mentalnym – 68 pkt. W sumie maksymalna ocena ogólnej jakości życia to 171 pkt [8].

Do analizy statystycznej wykorzystano szereg metod badawczych. Normalność rozkładu zmiennych ciągłych oceniano za pomocą testu Shapiro-Wilka. Charakterystyki statystyczne zmiennych ciągłych przedstawiono w postaci średnich arytmetycznych, odchyłeń standardowych, median, wartości dolnego (Q25) i górnego (Q75) kwartyła oraz wartości skrajnych (min. i maks.). Charakterystyki statystyczne zmiennych jakościowych przedstawiono w postaci rozkładów liczbowych.

W pierwszym etapie analizy poszukiwano zmiennych demograficznych i związanych z leczeniem uzupełniającym, które wykazywałyby istotny związek z wartościami skali akceptacji choroby i poziomem jakości życia w analizowanych wymiarach. Do porównań międzygrupowych wartości zmiennych ciągłych wykorzystano test U Manna-Whitneya lub test Kruskala-Wallisa, a do oceny siły związku między parami zmiennych ciągłych – wartości współczynnika korelacji rang Spearmana (R).

W drugim etapie analizy oceniano związek między wartościami skali akceptacji choroby a poziomem jakości życia w poszczególnych wymiarach. W analizie jednowymiarowej wykorzystano w tym celu wartości współczynnika korelacji rang Spearmana (R). Następnie przeprowadzono analizę wielowymiarową, w której obok wartości skali akceptacji choroby oceniano również wpływ na jakość życia innych czynników zidentyfikowanych w pierwszym etapie badania. W tym celu posłużono się analizą regresji wielokrotnej. Zmienne zidentyfikowane jako istotne w modelu regresji wielokrotnej uznawano za niezależne determinanty poziomu jakości życia.

Wszystkie obliczenia przeprowadzono za pomocą oprogramowania Statistica 10. Przyjmując za poziom istotności statystycznej $p \leq 0,05$.

WYNIKI

Badaniem objęto 100 kobiet w wieku od 30 do 81 lat (średnia $57,2 \pm 11,0$ lat). W badanej grupie znalazło się 77 mieszkanki

miast i 23 mieszkanki wsi, 40 kobiet stanu wolnego i 60 mężatek. Wśród respondentek było 9 kobiet z wykształceniem podstawowym, 67 – ze średnim i 24 – z wyższym.

Wszystkie chore były leczone chirurgicznie. Dodatkowo u 66 pacjentek zastosowano radioterapię, u 56 – chemioterapię, a u 15 – hormonoterapię. Łącznie leczeniem adjuwantowym objęto 80 chorych. W przypadku 48 (60%) kobiet zastosowano więcej niż jeden rodzaj leczenia uzupełniającego. W tabeli 1 przedstawiono charakterystyki statystyczne wartości skali akceptacji choroby (AIS), wymiaru fizycznego i mentalnego jakości życia oraz indeksu jakości życia.

Tabela 1. Charakterystyki statystyczne wartości skali akceptacji choroby (AIS), wymiaru fizycznego (FIZ) i mentalnego (MENT) jakości życia oraz indeksu jakości życia (QoL) w całej badanej grupie ($n = 100$)

Parametr	Średnia	SD	Mediana	Q25	Q75	Min.	Maks.
AIS	28,44	7,87	29,5	23,5	35,0	10,0	40,0
FIZ	48,64	23,69	45,5	29,5	68,0	9,0	102,0
MENT	22,93	12,38	23,0	11,5	33,5	0,0	48,0
QoL	71,57	33,47	68,0	43,5	98,5	12,0	150,0

CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA POZIOM AKCEPTACJI CHOROBY

W analizie korelacji nie wykazano istotnego wpływu wieku respondentek na wartości skali akceptacji choroby ($R = -0,092$; $p = 0,360$).

Na poziom akceptacji choroby nie wywierało też istotnego wpływu miejsce zamieszkania, stan cywilny ani poziom wykształcenia (tab. 2).

Tabela 2. Charakterystyki statystyczne wartości skali akceptacji choroby w zależności od parametrów demograficznych uczestniczek badania

Zmienna grupująca	Mediana	Q25	Q75	p
Miejsce zamieszkania				
miasto	30,0	24,0	35,0	0,420
wieś	28,0	22,0	36,0	
Stan cywilny				
wolna	31,0	25,5	35,5	0,137
mężatka	28,0	22,0	34,5	
Wykształcenie				
podstawowe	24,0	22,0	24,0	0,230
średnie	30,0	23,0	35,0	
wyższe	31,0	26,5	35,0	

Na poziom akceptacji choroby wywierało istotny wpływ zastosowanie leczenia adjuwantowego: pacjentki otrzymujące leczenie uzupełniające cechowały się zniżej niższymi wartościami skali akceptacji choroby niż chore leczone wyłącznie chirurgicznie.

Tabela 3. Charakterystyki statystyczne wartości skali akceptacji choroby w zależności od zastosowania leczenia adjuwantowego i liczby jego form

Zmienna grupująca	Mediana	Q25	Q75	p
Leczenie adjuwantowe				
tak	28,0	22,5	34,5	0,034
nie	34,0	29,0	36,0	
Liczba form leczenia adjuwantowego				
jedna	25,5	22,0	35,5	0,461
wiecej niż jedna	28,5	24,0	34,0	

Na poziom akceptacji choroby nie wywierała natomiast istotnego wpływu liczba zastosowanych form leczenia adjuwantowego, co przedstawia tabela 3.

CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA POZIOM JAKOŚCI ŻYCIA

W analizie korelacji nie wykazano istotnego wpływu wieku respondentek na wartości wymiaru fizycznego ($R = 0,170$; $p = 0,090$) i mentalnego ($R = 0,182$; $p = 0,070$) jakości życia oraz indeksu jakości życia ($R = 0,186$; $p = 0,065$). Stwierdzono natomiast znamienne wpływ miejsca zamieszkania na poziom wszystkich trzech analizowanych wymiarów jakości życia. Pacjentki zamieszkałe na wsi cechowały się istotnie wyższymi wartościami wymiaru fizycznego i mentalnego jakości życia oraz wskaźnika jakości życia, a więc znamienne gorszą jakością życia niż mieszkanki miast (tab. 4–6).

Na poziom analizowanych wymiarów jakości życia nie wywierał natomiast istotnego wpływu stan cywilny badanych ani poziom ich wykształcenia (tab. 4–6).

Tabela 4. Charakterystyki statystyczne wartości wymiaru fizycznego jakości życia w zależności od parametrów demograficznych uczestniczek badania

Zmienna grupująca	Mediana	Q25	Q75	p
Miejsce zamieszkania				
miasto	40,0	29,0	63,0	0,024
wieś	66,0	34,0	89,0	
Stan cywilny				
wolna	44,5	27,5	66,5	0,626
mężatka	46,0	31,5	68,5	
Wykształcenie				
podstawowe	68,0	64,0	77,0	0,056
średnie	40,0	30,0	67,0	
wyższe	45,5	23,0	57,0	

Tabela 5. Charakterystyki statystyczne wartości wymiaru mentalnego jakości życia w zależności od parametrów demograficznych uczestniczek badania

Zmienna grupująca	Mediana	Q25	Q75	p
Miejsce zamieszkania				
miasto	21,0	11,0	30,0	0,035
wieś	30,0	17,0	40,0	
Stan cywilny				
wolna	20,5	11,0	31,0	0,288
mężatka	25,5	12,5	34,0	
Wykształcenie				
podstawowe	29,0	26,0	37,0	0,140
średnie	22,0	12,0	34,0	
wyższe	17,0	10,0	30,0	

Tabela 6. Charakterystyki statystyczne wartości wskaźnika jakości życia w zależności od parametrów demograficznych uczestniczek badania

Zmienna grupująca	Mediana	Q25	Q75	p
Miejsce zamieszkania				
miasto	62,0	41,0	90,0	0,018
wieś	90,0	65,0	117,0	
Stan cywilny				
wolna	63,5	41,0	94,5	0,473
mężatka	73,0	45,0	101,0	
Wykształcenie				
podstawowe	94,0	87,0	114,0	0,054
średnie	65,0	44,0	101,0	
wyższe	62,5	38,0	87,0	

Zastosowanie leczenia adjuwantowego oraz liczba form leczenia uzupełniającego nie wywierały istotnego wpływu na analizowane wymiary jakości życia (tab. 7–9).

Tabela 7. Charakterystyki statystyczne wartości wymiaru fizycznego jakości życia w zależności od zastosowania leczenia adjuwantowego i liczby jego form

Zmienna grupująca	Mediana	Q25	Q75	p
Leczenie adjuwantowe				
tak	50,0	32,0	68,0	0,064
nie	34,0	24,0	55,0	
Liczba form leczenia adjuwantowego				
jedna	51,5	26,5	72,0	0,671
więcej niż jedna	49,0	33,5	67,0	

Tabela 8. Charakterystyki statystyczne wartości wymiaru mentalnego jakości życia w zależności od zastosowania leczenia adjuwantowego i liczby jego form

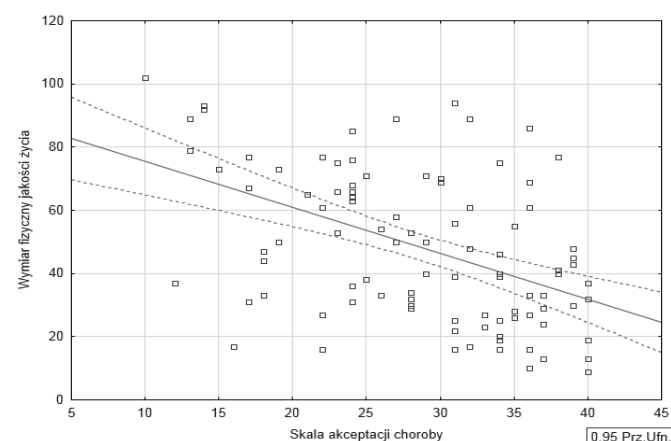
Zmienna grupująca	Mediana	Q25	Q75	p
Leczenie adjuwantowe				
tak	24,0	11,5	34,0	0,409
nie	21,0	11,5	29,0	
Liczba form leczenia adjuwantowego				
jedna	27,5	11,0	38,5	0,467
więcej niż jedna	21,0	12,0	32,0	

Tabela 9. Charakterystyki statystyczne wartości wskaźnika jakości życia w zależności od zastosowania leczenia adjuwantowego i liczby jego form

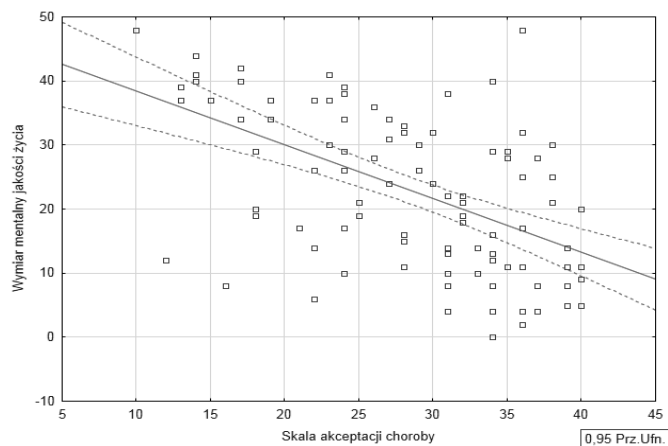
Zmienna grupująca	Mediana	Q25	Q75	p
Leczenie adjuwantowe				
tak	76,0	44,0	101,0	0,138
nie	56,5	40,0	79,0	
Liczba form leczenia adjuwantowego				
jedna	79,5	36,5	106,0	0,988
więcej niż jedna	72,5	47,5	93,0	

ZWIĄZEK AKCEPTACJI CHOROBY Z POZIOMEM JAKOŚCI ŻYCIA – ANALIZA JEDNOWYMIAROWA

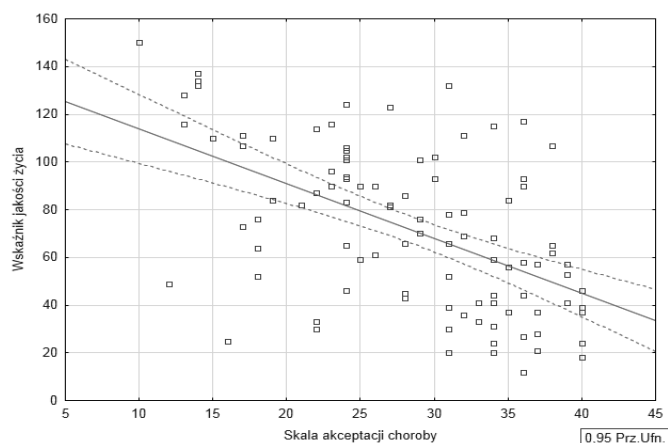
W analizie jednowymiarowej wykazano znamienne odwrotną korelację między wartościami skali akceptacji choroby a wartościami wymiaru fizycznego ($R = -0,460$; $p < 0,001$) i mentalnego ($R = -0,535$; $p < 0,001$) jakości życia oraz wskaźnika jakości życia ($R = -0,517$; $p < 0,001$); innymi słowy, wzrost poziomu akceptacji choroby wiązał się z poprawą jakości życia we wszystkich trzech wymiarach (ryc. 1–3).



Rycina 1. Zależność między wartościami skali akceptacji choroby a poziomem wymiaru fizycznego jakości życia



Rycina 2. Zależność między wartościami skali akceptacji choroby a poziomem wymiaru mentalnego jakości życia



Rycina 3. Zależność między wartościami skali akceptacji choroby a poziomem wskaźnika jakości życia

ZWIĄZEK AKCEPTACJI CHOROBY Z POZIOMEM JAKOŚCI ŻYCIA – ANALIZA WIELOWYMIAROWA

W celu pełnej oceny wpływu poziomu akceptacji choroby na jakość życia, w analizie wielowymiarowej uwzględniono również inne czynniki, które wykazywały istotny związek z przynajmniej jednym z badanych parametrów, tj. zastosowanie leczenia adjuwantowego i miejsce zamieszkania uczestniczek badania.

Analiza wielowymiarowa wykazała, że niższy poziom akceptacji choroby oraz zamieszkanie na wsi są niezależnymi czynnikami determinującymi wyższe wartości wymiaru fizycznego i mentalnego jakości życia oraz wskaźnika jakości życia, a więc gorszy poziom jakości życia we wszystkich tych wymiarach (tab. 10).

Tabela 10. Wyniki analizy regresji wielokrotnej oceniającej wpływ miejsca zamieszkania, zastosowania leczenia adjuwantowego i poziomu akceptacji choroby na wartości wymiaru fizycznego i mentalnego jakości życia oraz wskaźnika jakości życia

Zmienna objaśniająca	Beta	Bł. std. z beta	t(96)	p
Wymiar fizyczny jakości życia				
zamieszkanie na wsi	0,201	0,087	2,300	0,024
leczenie adjuwantowe	0,068	0,089	0,761	0,448
poziom akceptacji choroby	-0,449	0,089	-5,049	< 0,001
Wymiar mentalny jakości życia				
zamieszkanie na wsi	0,173	0,085	2,029	0,045
leczenie adjuwantowe	-0,047	0,087	-0,547	0,586

poziom akceptacji choroby	-0,525	0,087	-6,056	< 0,001
Wskaźnik jakości życia				
zamieszkanie na wsi	0,206	0,084	2,454	0,016
leczenie adjuwantowe	0,030	0,085	0,355	0,723
poziom akceptacji choroby	-0,512	0,085	-5,990	< 0,001

DYSKUSJA

Choroba nowotworowa wiąże się z negatywnymi emocjami i dużym stresem dla chorego, co obniża jego jakość życia i zaburza funkcjonowanie w życiu codziennym. Na ocenę jakości życia w dużym stopniu wpływa poziom akceptacji choroby [9].

Celem badań własnych była ocena wpływu akceptacji choroby na jakość życia chorych. Uzyskane wyniki pokazują, że niezwykle istotny wpływ na jakość życia chorujących kobiet miał ich poziom akceptacji choroby. Wraz z lepszym przystosowaniem psychicznym do swojego stanu chorobowego polepszała się odczuwalna jakość ich życia. Takie same wnioski wysnuli inni autorzy badań [10–12]. W kolejnych badaniach przeprowadzonych u osób chorych onkologicznie dowiedziono, że pacjent, który przejawia chęć do walki z chorobą i jest pozytywnie nastawiony do leczenia, lepiej funkcjonuje fizycznie, emocjonalnie i w kontaktach społecznych. To przekłada się na wysoki poziom ogólnej jakości życia. Natomiast czym więcej stresu i lęku w stosunku do choroby i jej leczenia, tym osoba gorzej funkcjonuje we wszystkich wymiarach jakości życia [11].

Rak piersi dotyczy kobiet między 45. a 69. rokiem życia, co potwierdzają badania własne, gdzie średnia wieku wynosiła 57,2 lata. Taką samą średnią wieku uzyskano w badaniach Pawlik i wsp. Uzyskane dane są zgodne w danymi epidemiologicznymi, które dowodzą, że rak piersi osiąga znacznej liczby kobiet po 50. roku życia [13].

W badaniach własnych nie wykazano istotnego wpływu wieku na poziom akceptacji choroby, co zgadza się z badaniami Dońka i wsp. [14]. Odmiennie wyniki uzyskał w swoich badaniach Latański i wsp. [15], gdzie kobiety młodsze uzyskały wyższy poziom akceptacji choroby niż osoby starsze.

W badaniach własnych na poziom akceptacji choroby nie wywierało też istotnego wpływu miejsce zamieszkania, co potwierdzają badania Pawlik i wsp. [9]. Nieco inny wynik uzyskał Nowicki i wsp., którzy wykazali, że kobiety zamieszkałe w mieście cechowały się lepszą akceptacją choroby niż zamieszkałe na wsi. Może to wynikać z większej dostępności do informacji i stowarzyszeń dla kobiet z rakiem piersi [16].

Dowiedziono także, że stan cywilny oraz poziom wykształcenia nie wpływają na akceptację choroby, co potwierdziła w swoich badaniach również Pawlik i wsp. [9]. Nie potwierdzają tego natomiast badania Latańskiego i wsp., w których kobiety o wyższym wykształceniu cechowały się wyższą akceptacją choroby [15].

W badaniach własnych wykazano, że zamieszkanie w mieście ma pozytywny wpływ na jakość życia chorujących kobiet. Można przypuszczać, że ma to związek z dostępem do leczenia oraz większą świadomością i wiedzą kobiet zamieszkałych w mieście.

Według innych badań, poziom wykształcenia ma również związek z oceną jakości życia w wymiarze mentalnym, kiedy kobiety z wyższym wykształceniem lepiej oceniają ten obszar jakości życia [17, 18]. W badaniach własnych nie potwierdzono tej teorii i stopień wykształcenia nie wpływał znacząco na analizowane wymiary jakości życia, podobnie jak w innych badaniach [19, 20]. Nie wykazano również zależności między stanem cywilnym a poziomem jakości życia, podobnie jak w innych badaniach [19, 20]. Jedno badanie natomiast wskazało na to, że kobiety stanu wolnego lepiej oceniają swoją jakość życia, w porównaniu do innych ankietowanych [18].

W badaniach własnych dowiedziano, że stosowanie leczenia uzupełniającego również wywiera wpływ na poziom akceptacji choroby. Pacjentki, które otrzymały leczenie uzupełniające, cechowały się znacząco niższymi wartościami akceptacji choroby, w porównaniu z chorymi leczonymi wyłącznie chirurgicznie. Jednak liczba zastosowanych dodatkowo form leczenia nie miała istotnego wpływu na wskaźnik akceptacji choroby. Taki wynik badania potwierdza inne, wcześniej wykonane badania, oceniające funkcjonowanie psychofizyczne i jakość życia chorych na nowotwór. Ukazano, że w zależności od tego, jak dobrze chory funkcjonuje w różnych wymiarach życia, taka jest

jego ocena jakości życia. Im więcej pojawia się niepożądanych objawów i skutków ubocznych choroby, które są zależne od stosowanych u konkretnego pacjenta metod leczenia, tym pacjenci gorzej funkcjonują psychicznie, a jakość ich życia jest niższa [12].

WNIOSKI

1. Wyższy stopień akceptacji choroby jest niezależnym czynnikiem wpływającym korzystnie na poziom jakości życia.
2. Obok stopnia akceptacji choroby na poziom jakości życia wpływa korzystnie zamieszkanie w mieście.

BIBLIOGRAFIA

1. Kordek R, red. *Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy*. Wyd. 3 popr. i uzup. Gdańsk: Via Medica; 2007: 35, 202–232.
2. Pawlicki M. *Rak piersi – nowe nadzieje i możliwości leczenia*. Wyd. 2 posz. i zaktual. Bielsko Biala: Alfa-medica press; 2011: 30–38.
3. Meyza J. *Jakość życia w chorobie nowotworowej: wybrane zagadnienia*. Warszawa: Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie; 1997: 223–256.
4. Juczyński Z. Psychologiczne wyznaczniki przystosowania się do choroby nowotworowej. *Psychoonkologia* 1997; 1: 3–10.
5. Knippenberg F, Out J. Quality of live in patients with oesophageal cancer. *Soc Sci Med* 1992; 35(2): 139–145.
6. Tobiasz-Adamczyk B. Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia u kobiet po leczeniu z powodu choroby nowotworowej. *Prz Lek* 2012; 69(2): 67–71.
7. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychoonkologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2009: 162–166.
8. Tylka J, Piotrowicz R. Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36 – wersja polska. *Kardiologia* 2009; 67: 1166–1169.
9. Pawlik M, Karczmarek-Borowska B. Akceptacja choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii. *Prz Med Uniw Rzesz i Narod Inst Leków w Warszawie* 2013; 2: 203–2011.
10. Kurowska K, Spierewka B. Rola przystosowania się do optymalnej jakości życia kobiet po mastektomii. *Pielęg Chir Angiol* 2012; 3: 114–122.
11. Kulpa M, Owczarek K, Stypuła-Ciuba B. Przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej a jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia u chorych onkologicznych. *Med Paliat* 2013; 5(3): 106–113.
12. Machnik-Czerwik A. Funkcjonowanie na płaszczyźnie psychofizycznej a jakość życia chorych onkologicznie. *Psychoonkologia* 2010; 2: 55–59.
13. Janssens JPh, Vandeloof M. Rak piersi: bezpośrednie i pośrednie czynniki związane z wiekiem i stylem życia. *Nowotwory* 2009; 59(3): 159–167.
14. Dońska K, Kanadys K, Lewicka K, i wsp. Reakcje kobiet na rozpoznanie zmian guzowatych i choroby nowotworowej. *Ann UMCS Sect D* 2005; 60: 16(78): 357–362.
15. Latański M, Kulik B, Skórzyńska H, i wsp. Rozpoznanie raka sutka u kobiet – implikacje psychospołeczne. *Wiad Lek* 2001; 54: 7–8, 391–398.
16. Nowicki A, Ostrowska Z. Akceptacja choroby przez chore po operacji raka piersi w trakcie leczenia uzupełniającego. *Pol Merk Lek* 2008; 24(143): 403–407.
17. Kurowska K, Siekierska I. Akceptacja choroby a poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia u osób po usunięciu nerki z powodu nowotworu. *Pielęg Chir Angiol* 2013; 2: 65–71.
18. Pacian A, Kulik TB, Chruściel P, i wsp. Uwarunkowania psychospołeczne jakości życia kobiet w okresie klimakterium leczonych z powodu raka piersi. *Prz Menopauz* 2012; 5: 423–427.
19. Bąk-Sosnowska M, Oleszko K, Skrzypulec-Plinta V. Adaptacja psychologiczna dojrzałych kobiet w pierwszych dobach po zabiegu mastektomii. *Prz Menopauz* 2013; 2: 120–124.
20. Kurowska K, Spierewka B. Rola przystosowania się do optymalnej jakości życia kobiet po mastektomii. *Pielęg Chir Angiol* 2012; 3: 114–122.

Adres do korespondencji:

Mgr Anna Rycombel
Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ul. Bartla 5
51-618 Wrocław
Tel.: 71 784 18 24
E-mail: aniaryc@gmail.com

Praca wpłynęła do Redakcji: 10.06.2014 r.

Po recenzji: 20.07.2014 r.

Zaakceptowano do druku: 05.09.2014 r.