

Marta Puchalska^{1,2}, Ewa Sierko^{1,2}, Monika Sokół¹, Marek Z. Wojtukiewicz^{1,2}

¹Klinika Onkologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

²Białostockie Centrum Onkologii w Białymstoku

Jakość życia chorych na raka piersi poddanych chemioterapii prowadzonej w warunkach szpitalnych

The quality of life of breast cancer patients undergoing in-patient chemotherapy

STRESZCZENIE

Wstęp. W Polsce rak piersi należy do najczęstszych nowotworów złośliwych u kobiet. Jednym z głównych sposobów leczenia chorych na ten nowotwór jest chemioterapia. Pielęgniarki najwięcej czasu spędzają z pacjentkami przebywającym na oddziale szpitalnym. Troska o jakość życia chorych na nowotwór stanowi jedną z głównych wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia.

Cel pracy. Celem pracy była ocena jakości życia chorych na raka piersi poddanych chemioterapii w warunkach szpitalnych poprzez rozpoznanie głównych potrzeb oraz problemów fizycznych i psychologicznych, aby ukierunkować działania pielęgniarstwa tak, by w przyszłości wpłynęły na poprawę funkcjonowania tych chorych w codziennym życiu.

Materiał i metody. Grupę badaną stanowiło 90 chorych na raka piersi poddanych chemioterapii prowadzonej w warunkach szpitalnych. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety opracowany na potrzeby niniejszego badania.

Wyniki i wnioski. Jakość życia chorych na raka piersi w trakcie chemioterapii prowadzonej w warunkach szpitalnych ulega pogorszeniu, przede wszystkim ze względu na pojawiający się smutek, niepokój, obawę przed leczeniem, a także nudności, wymioty, osłabienie, dolegliwości bólowe, brak energii życiowej oraz problemy finansowe. Jednakże mimo wszystkich dolegliwości fizycznych i obaw o wyniki rozpoczętego leczenia oraz o swój wygląd, wsparcie ze strony najbliższych pozwala większości chorych radzić sobie z chorobą. Ze względu na niemal wszechstronny wpływ choroby nowotworowej na życie chorych na raka piersi w trakcie leczenia cytostatycznego konieczna jest modyfikacja modelu opieki medycznej w szpitalu poprzez zapewnienie skuteczniejszego łagodzenia dolegliwości somatycznych, zmniejszenie stresu psychologicznego oraz wdrożenia właściwej pomocy socjalnej.

Problemy Pielęgniarstwa 2011; 19 (3): 341–347

Słowa kluczowe: jakość życia, rak piersi, pacjent, chemioterapia, szpital

ABSTRACT

Introduction. In Poland breast cancer is the most common malignant disease in woman. Nurses spend the most time with the patients undergoing in-patient chemotherapy. The high quality of life is one of the World Health Organization's priorities.

Aim of the study. The aim of the study was an evaluation of quality of life (QOL) of breast cancer patients undergoing in-patient chemotherapy through recognition of their main needs and problems, both physical and psychological. The obtained results could give nurses possibility to make changes in provided medical care and result in improving patients' functioning in everyday life.

Material and methods. The study group consisted of 90 breast cancer patients undergoing in-patient chemotherapy. The method of survey was a diagnostic poll with a specially prepared for the study questionnaire.

Results and conclusions. The quality of life in breast cancer patients undergoing in-patient chemotherapy was deteriorated because of appearance of sorrow, anxiety, as well as experienced nausea, vomiting, weakness, pain, lack of energy and financial problems. However, despite all side-effects, apprehension about treatment results and the change of appearance, the patients thanks to psychological support received from their relatives were able to cope with the malignant disease. Modification of a model of medical care provided at the hospital through ensuring more effective alleviation of somatic symptoms, reduction psychological stress and proper social service is crucial to achieve improved overall quality of patients' life.

Nursing Topics 2011; 19 (3): 341–347

Key words: quality of life, breast cancer, patient, chemotherapy, hospital

Adres do korespondencji: dr n. med. Ewa Sierko, Klinika Onkologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, ul. Ogrodowa 12, 15–027 Białystok, tel.: (85) 664 67 34, faks: (85) 664 67 83, e-mail: ewa.sierko@iq.pl

Wstęp

W Polsce rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem u kobiet, stanowiącym 20% wszystkich nowotworów złośliwych w tej populacji. W ostatnich latach, zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*), zwraca się większą uwagę na jakość życia pacjentów w trakcie leczenia przeciwnowotworowego i po jego zakończeniu.

Zarówno działania niepożądane, jak i obniżenie samopoczucia pacjenta prowadzą do pojawienia się trudności w funkcjonowaniu chorego w rodzinie i społeczeństwie. Greimela i wsp. wykazali, iż jakość życia pacjentów jest znacznie gorsza w trakcie aktywnej fazy leczenia niż bezpośrednio po jego zakończeniu. Na obniżenie jakości życia mają wpływ skutki uboczne leczenia (u więcej niż 50% pojawiły się nudności, wymioty, ból brzucha i osłabienie). Należy jednak podkreślić, iż rok po zakończeniu leczenia pacjentki nadal odczuwają jego negatywne następstwa w postaci pojawiających się bólów ramienia, obrzęków, pogorszenia jakości życia seksualnego oraz strachu przed nawrotem choroby [1].

Przed leczeniem jakość życia chorych na raka piersi jest obniżona w związku ze świadomością choroby zagrażającej życiu i obawami przed uciążliwym leczeniem i niepewną przyszłością. Jak wykazano, stopień zaawansowania choroby nowotworowej ma wpływ na samopoczucie chorej przede wszystkim w momencie postawienia diagnozy, natomiast w trakcie leczenia i po jego zakończeniu jest znacznie mniejszy. Pacjentki w zaawansowanym stadium choroby są zdeterminowane, by przeżyć agresywniejsze leczenie, o większej toksyczności, by zapobiec progresji choroby [1–6].

Indywidualnie podejście do chorego i ciągła obserwacja pacjenta pozwalają na ocenę jego aktualnej jakości życia, która ulega zmianie w zależności od umiejętności radzenia sobie w trudnej sytuacji, odmiennej tolerancji na to samo leczenie cytotoksyczne oraz od otrzymywanego wsparcia psychologicznego od najbliższych. Wsparcie rodziny wydaje się niezbędnym elementem całokształtu postępowania terapeutycznego w trudnej sytuacji, jaką jest leczenie cytotoksyczne (charakter ciągły), które dla wielu chorych mieszkających z dala od ośrodka onkologicznego wiąże się z koniecznością pozostania na oddziale szpitalnym, co okresowo pozbawia ich pełnej swobody i wolności.

Uzyskane informacje dotyczące jakości życia chorych na nowotwór mogą pozwolić na optymalne sprawowanie opieki pielęgniarskiej oraz lepsze porozumienie między pacjentem, rodziną i pracownikami służby zdrowia [7–9].

Cel pracy

Celem pracy była ocena jakości życia chorych na raka piersi w trakcie chemioterapii prowadzonej w warunkach szpitalnych Białostockiego Centrum Onkologii im.

M. Skłodowskiej-Curie (BCO) poprzez rozpoznanie głównych potrzeb chorych oraz problemów obniżających jakość ich życia fizycznego i psychologicznego.

Materiał i metody

Badaniami objęto 90 chorych na raka piersi poddanych chemioterapii prowadzonej w warunkach szpitalnych BCO. Podstawowym narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety przygotowany na potrzeby niniejszego badania i opracowany na bazie standardowego narzędzia badawczego, jakim jest kwestionariusz QLQ-C30.

Kwestionariusz ankiety składał się z dwóch części. Część I zawierała 7 pytań dotyczących charakterystyki grupy badanej: wieku, stanu cywilnego, wykształcenia, miejsca zamieszkania, sytuacji materialnej, liczby posiadanych dzieci oraz sytuacji rodzinnej. Natomiast część II była złożona z 21 pytań zamkniętych i 4 otwartych, które miały ocenić subiektywne odczucia ankietowanych pacjentek dotyczące ich samopoczucia w trakcie chemioterapii oraz stopnia umiejętności i sposobów radzenia sobie w trudnej sytuacji. W badaniu przeanalizowano indywidualny stosunek pacjentek do choroby, a także relacje między pacjentkami a ich najbliższymi oraz wpływ choroby na życie rodzinne. Próbowano określić wpływ chemioterapii na sferę intymną, oczekiwania pacjentek w zakresie wsparcia psychologicznego oraz dostępności źródeł informacji o chorobie, a także grupę osób, z którymi chore najchętniej rozmawiałyby o swoich problemach.

Wyniki

Badaniem objęto kobiety w wieku 31–73 lat. Pełną charakterystykę badanej grupy przedstawiono w tabeli 1. Większość chorych stanowiły kobiety zamężne (70%), mieszkające głównie w mieście (około 2/3). Połowa z nich posiadała wykształcenie średnie. Wśród ankietowanych około 70% stanowiły osoby mające dobrą sytuację materialną i mieszkające z rodziną (ok. 90%).

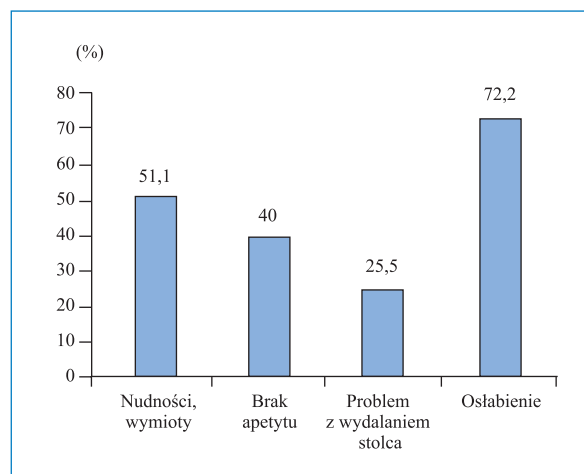
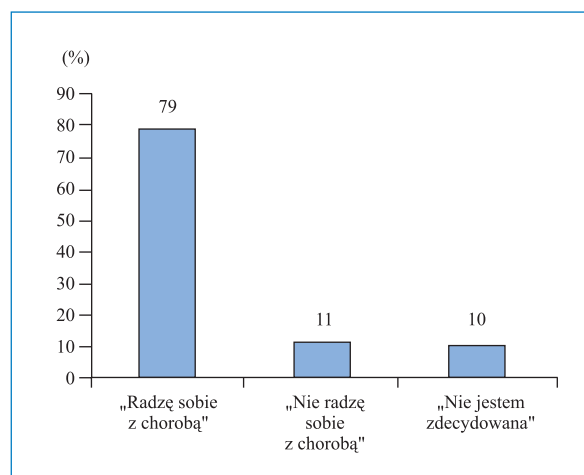
Zdecydowana większość ankietowanych (ponad 60%) stwierdziła, iż podczas choroby nie odczuwała braku tak zwanej energii życiowej, 1/4 badanych odczuwała wyraźny jej brak, a około 10% respondentek nie było zdecydowanych co do jednoznacznej odpowiedzi. Wyniki badań wykazały, że aż 48 (53,3%) ankietowanych odczuwało dolegliwości bólowe związane z chorobą nowotworową. Pacjentki najczęściej skarżyły się na osłabienie (ponad 70% respondentek). U wielu chorych (ponad 50%) występowały też nudności i wymioty. Na uwagę zasługuje fakt, iż nieco rzadziej respondentki zgłaszały brak apetytu i trudności z wydalaniem stolca (ryc. 1). Wśród ograniczeń życia codziennego wynikających z leczenia cytostatycznego otrzymywanego w warunkach szpitalnych większość chorych (ponad

Tabela 1. Charakterystyka chorych na raka piersi poddawanych chemioterapii w warunkach szpitalnych**Table 1.** Characteristic of the breast cancer patients undergoing in-patient chemotherapy

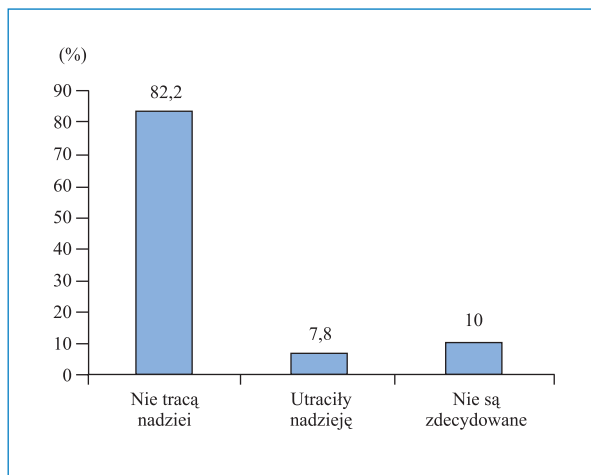
Dane	Liczba n (%)
Miejsce zamieszkania	
• miasto	66 (73)
• wieś	24 (27)
Stan cywilny	
• panna	8 (9)
• mężatka	63 (70)
• wdowa	11 (12)
• rozwiedziona	8 (9)
Wykształcenie	
• podstawowe	11 (12)
• zawodowe	16 (18)
• średnie	45 (50)
• wyższe	18 (20)
Liczba dzieci	
• brak	12 (13,3)
• jedno	17 (18,9)
• dwoje	37 (41,1)
• troje	19 (21,1)
• czworo	2 (2,2)
• pięcioro	3 (3,4)
Sytuacja finansowa	
• bardzo dobra	4 (4,5)
• dobra	64 (71,1)
• niezadowolająca	19 (21,1)
• bardzo zła	3 (3,3)

60%) wskazywała na brak możliwości kontynuacji pracy lub innej codziennej czynności. Około 20% chorych większość czasu spędza w łóżku.

Co ważne, zdecydowana większość pacjentek (ok. 95%) uzyskała wsparcie emocjonalne od rodziny, natomiast tylko 3 chore stwierdziły, iż były pozbawione jakiegokolwiek wsparcia od najbliższych. Według około 65% ankietowanych rozpoznanie i leczenie choroby nowotworowej nie wpłynęło w sposób znaczący na ich życie rodzinne, jednak w przypadku blisko 1/3 pacjentek choroba wywarła negatywne skutki na najbliższych. U większości ankietowanych (59%) rozpoznanie raka piersi i związane z nim leczenie nie zakłóciły ich życia towarzyskiego między pobytami w szpitalu. Jednakże ponad 30% ankietowanych stwierdziło, że choroba ograniczyła ich aktywność towarzyską.

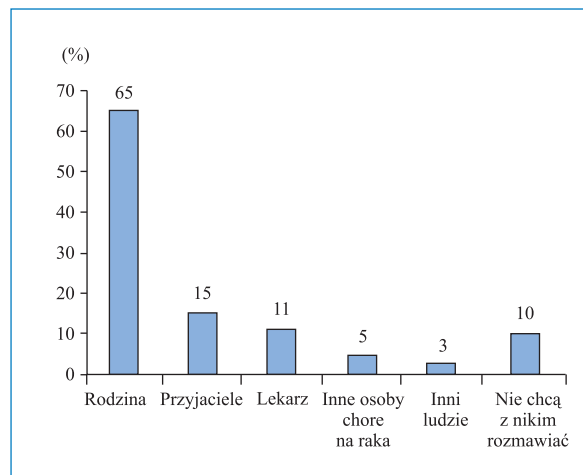
**Rycina 1.** Rodzaj i częstość zgłaszanych objawów ubocznych leczenia cytostatykami doświadczanych przez chore na raka piersi poddawane chemioterapii w warunkach szpitalnych (możliwość kilku odpowiedzi)**Figure 1.** Classification and frequency of treatment side-effects experienced by breast cancer patients undergoing in-patient chemotherapy**Rycina 2.** Podział chorych na raka piersi poddawanych chemioterapii prowadzonej w warunkach szpitalnych według radzenia sobie z chorobą nowotworową**Figure 2.** Division of breast cancer patients undergoing in-patient chemotherapy according to their ability to cope with the neoplastic disease

Zdecydowana większość badanych (ok. 80%) dobrze radziła sobie emocjonalnie z chorobą nowotworową. Niepokojące jest to, że około 10% osób nie radziło sobie z chorobą, a kolejne 10% respondentek nie potrafiło udzielić jednoznacznej odpowiedzi na ten temat (ryc. 2). Należy podkreślić, iż większość kobiet nie traciła nadziei w walce z chorobą. Jednakże około



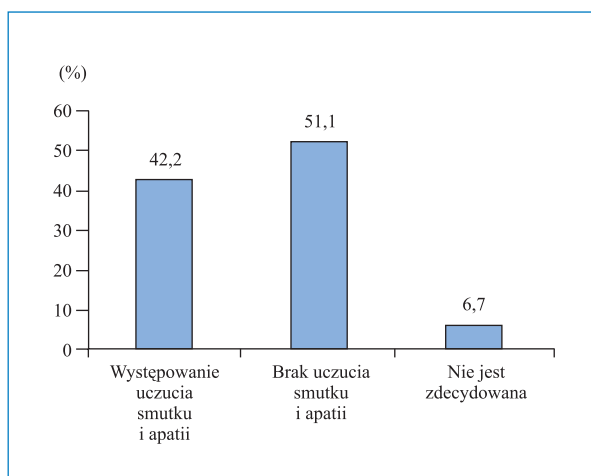
Rycina 3. Częstość odczuwania nadziei przez chore na raka piersi poddawane chemioterapii prowadzonej w warunkach szpitalnych

Figure 3. Frequency of experienced hope in breast cancer patients undergoing in-patient chemotherapy



Rycina 5. Osoby wytypowane przez chore na raka piersi poddawane chemioterapii w warunkach szpitalnych, z którymi pacjentki chciałyby rozmawiać o trapiących je problemach (możliwość kilku odpowiedzi)

Figure 5. The people who were chosen by breast cancer patients undergoing in-patient chemotherapy to talk about their problems



Rycina 4. Częstość odczuwania smutku i apatii przez chore na raka piersi poddawane chemioterapii prowadzonej w warunkach szpitalnych

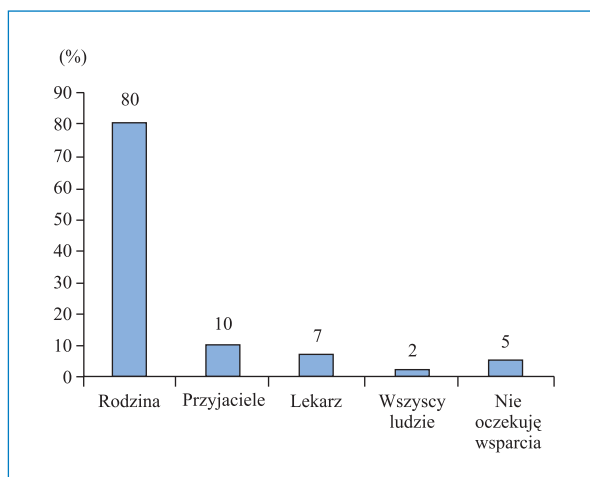
Figure 4. Frequency of sorrow and apathy sensation experienced by breast cancer patients undergoing in-patient chemotherapy

10% badanych przyznało się do jej utraty i tyle samo badanych nie potrafiło zdefiniować swojego stanu emocji (ryc. 3). Mniej więcej połowa badanych stwierdziła, iż nie odczuwa smutku ani apatii, jednak aż u 40% pacjentek występowały takie uczucia (ryc. 4). Ponadto, blisko połowa pacjentek określiła swój stan zdrowia jako dobry, a zdecydowana mniejszość ankietowanych (18%) — jako zły. Natomiast 31% respondentek nie potrafiło udzielić jednoznacznej odpowiedzi na powyższe pytanie. Wśród ankietowanych aż 52,2% obawiało się leczenia. Dla wielu osób (45%)

istotnym problemem była także obawa przed zmianą własnego wyglądu.

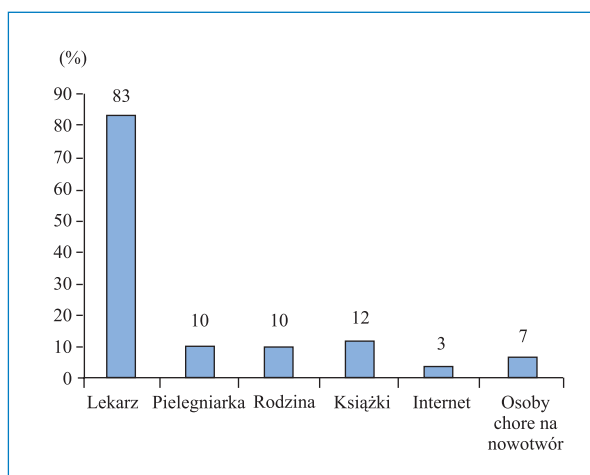
Blisko połowa badanych (51%) nie chciała rozmawiać z nikim o swojej chorobie, natomiast aż 40% osób chętnie dyskutowało z innymi ludźmi na ten dręczący je temat. Ankietowane najchętniej podzieliłyby się swoimi obawami, przemyśleniami i problemami ze swoją rodziną (65%), 15% respondentek — z przyjaciółmi, 11% — z lekarzem, 5% — z osobami cierpiącymi z powodu tej samej choroby, a tylko 3% chorych chciałoby rozmawiać o raku piersi z wszystkimi wyżej wymienionymi ludźmi. Około 10% pacjentek nie było zdecydowanych co do wyboru potencjalnych osób do rozmowy o dręczących je obawach (ryc. 5). Zdecydowana większość ankietowanych oczekiwała wsparcia psychologicznego od rodziny (73 pacjentki), kilka respondentek od przyjaciół (9 pacjentek), lekarza (7 pacjentek) i różnych ludzi (2 pacjentki). Wyniki ankiety pokazały, że tylko 5% chorych z rakiem piersi nie oczekiwało wsparcia psychologicznego (ryc. 6). Informacje o chorobie respondentki otrzymywały głównie od lekarzy (ponad 80%), w niewielkim stopniu informacje te były pozyskiwane od pielęgniarek, rodziny, a także z książek, internetu lub od innych osób chorych na tę samą chorobę (ryc. 7).

W badaniu podjęto również próbę oceny zadowolenia z życia seksualnego między pobytami w szpitalu. Wyniki przeprowadzonej ankiety wskazują, że 40% ankietowanych było zadowolonych z tej sfery życia, natomiast 34% respondentek nie było pod tym względem usatysfakcjonowanych. Duża część badanych (26%) nie była zdecydowana na udzielenie jednoznacznej odpowiedzi.



Rycina 6. Osoby wytypowane przez chore na raka piersi poddawane chemioterapii w warunkach szpitalnych, od których oczekują wsparcia psychologicznego (możliwość kilku odpowiedzi)

Figure 6. The people who were chosen by breast cancer patients undergoing in-patient chemotherapy from whom they expect emotional support



Rycina 7. Źródła informacji o chorobie nowotworowej uzyskane przez chore na raka piersi poddawane chemioterapii w warunkach szpitalnych (możliwość kilku odpowiedzi)

Figure 7. The sources of information about cancer obtained by breast cancer patients undergoing in-patient chemotherapy

U prawie połowy respondentek (ok. 47%) choroba nowotworowa i jej leczenie wpłynęły na pogorszenie sytuacji finansowej. Połowa ankieterowanych chorych na raka piersi (50%) nie odnotowała negatywnego wpływu choroby nowotworowej na ich finanse.

Ankieterowane miały możliwość sformułowania własnej opinii na temat aktualnych odczuć. Większość pacjentek (65%) oceniła swój aktualny stan emocjonalny

jako negatywny. Wskazywały one na pojawienie się lęku, strachu, niepokoju, smutku, niepewności, zmęczenia, załamania, złości oraz obaw przed leczeniem. Niektóre badane (35%) odczuwały jednak pozytywne emocje — spokój, nadzieję, determinację w walce z chorobą i miały dobre samopoczucie.

Dyskusja

Stosowanie leków cytotoksycznych skutkuje nie tylko efektem przeciwnowotworowym, ale także wiąże się z ryzykiem wystąpienia różnorodnych działań niepożądanych. W badaniu własnym chore przede wszystkim skarżyły się na dolegliwości fizyczne związane z zastosowanym leczeniem cytostatykami. Poza objawami ubocznymi leczenia cytostatykami pojawiają się jeszcze obawy o skuteczność leczenia czy możliwość wystąpienia powikłań odległych. Dodatkowym obciążeniem dla pacjentek jest długi czas trwania leczenia. Wszystkie te czynniki mogą wpływać negatywnie na sferę zdrowia psychicznego chorych. W niniejszym badaniu większość pacjentek stwierdziła, że dobrze radzi sobie z chorobą nowotworową. Jednakże w pytaniu otwartym, które miało na celu umożliwienie chorym swobodnego określenia stanu emocjonalnego, respondenci wskazywały na pojawienie się smutku, apatii, złości i załamania. Uzyskane od ankieterowanych sprzeczne informacje mogą świadczyć o trudności pacjentek w definiowaniu swoich uczuć lub sugerują obecność negatywnych stanów emocjonalnych, których same chore nie są do końca świadome.

Długotrwały przebieg choroby, uciążliwość leczenia oraz konsekwencje psychologiczne, seksualne i społeczne, które znacząco wiążą się z życiem osobistym kobiet oraz ich wyglądem zewnętrznym, powodują, że rak piersi stanowi poważny problem społeczny [10–12]. De Walden-Gałuszko w badaniach nad rolą strategii radzenia sobie w ocenie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia podkreśliła, iż chore na raka piersi ujawniają największe problemy w funkcjonowaniu emocjonalnym, najmniejsze zaś w zakresie sprawności fizycznej [13]. Z kolei wyniki badań uzyskane przez Floortje i wsp. [14] wskazują, że pacjentki, które otrzymywały właściwe wsparcie psychologiczne od rodziny i przyjaciół, nie zostały poddane zabiegowi mastektomii, nie cierpiały z powodu chorób towarzyszących, posiadały dobrą sytuację materialną i dzieci powyżej 18. rż., odczuwały stres o mniejszym natężeniu, a w konsekwencji jakość ich życia była lepsza [4, 15]. Niezwykle niepokojący jest fakt, że część badanych stwierdziła, że nie radzi sobie z chorobą i straciła nadzieję w walce z nią. W związku z powyższym niezwykle istotne jest zapewnienie chorym wszechstronnej opieki pielęgniarskiej, aby nie tylko zaspokoić ich potrzeby fizyczne i wesprzeć psychologicznie, ale też wzbudzić w nich wiarę w wyleczenie i niejednokrotnie motywującą do walki

z chorobą nowotworową ingerującą we wszystkie sfery życia.

Według doniesień z literatury chore na raka piersi najczęściej obawiają się bólu, cierpienia fizycznego i psychicznego, przerzutów nowotworowych, nawrotu choroby, leczenia, zmiany wyglądu osobistego, niesamodzielności oraz przejawiają niepokój o dalszy los swojej rodziny [16–18]. Podobnie w omawianym badaniu — pacjentki wyrażały obawę dotyczącą zmiany swojego wyglądu i wyników leczenia.

Funkcjonowanie chorych na raka piersi w sferze seksualnej rzadko jest oceniane przez specjalistów zajmujących się zdrowiem. Ocena ta jest jednak ważna niezależnie od rodzaju choroby i sposobu terapii, życie seksualne stanowi bowiem jeden z najważniejszych aspektów życia pacjentów [19]. Obecność dysfunkcji psychoseksualnych wśród chorych na nowotwory złośliwe piersi szacuje się na 20–90% [19]. Stwierdzono także, że kobiety w trakcie chemioterapii doświadczają więcej dysfunkcji seksualnych oraz odczuwają większy stres psychiczny niż pozostałe chore na raka piersi. Czynniki przyczyniającymi się do większego stresu psychicznego w trakcie choroby są także — poza chemioterapią — nieudane małżeństwo, negatywny obraz własnego ciała, brak satysfakcji z życia seksualnego, niższy poziom wykształcenia [19]. Z badań własnych wynika, że prawie połowa respondentek ocenia swoje życie seksualne jako satysfakcjonujące, większość badanych nie jest jednak z niego zadowolona lub nie chce udzielić jednoznacznej odpowiedzi, co może wynikać z intymnej natury pytania.

Choroba nowotworowa w zasadniczy i często dramatyczny sposób ingeruje w funkcjonowanie rodziny [20]. Wyniki wielu badań zwracają uwagę na istotę zarówno wzajemnych relacji chorego na nowotwór z rodziną, jak i wpływ choroby na poszczególnych członków rodziny i na rodzinę jako całość [21]. De Walden-Gałusko podkreśla ogromną rolę rodziny i osób najbliższych jako tych, którzy udzielają największego wsparcia emocjonalnego choremu w trudnych chwilach, pomagają w podjęciu ważnych decyzji, zastępują chorego w pełnionych dotychczas przez niego rolach, zbyt jednak obciążających podczas choroby [13]. Opiekują się także chorym w razie niedyspozycji fizycznej, uczestniczą w kosztach finansowych leczenia i opieki. Spośród tych różnorodnych zadań na szczególną uwagę zasługuje wsparcie emocjonalne oferowane przez rodzinę [20]. Wyniki badań własnych wskazują, że większość chorych otrzymywała wsparcie emocjonalne od najbliższych, a choroba nie wpłynęła na życie rodzinne, co może być związane z obecnością silnych więzi rodzinnych. Z badań wynika, iż u większości osób kontakty społeczne nie uległy zmianie, tylko niewielka część chorych doprowadziła do ich ograniczenia, natomiast niektórzy badani pragnęli ich poszerzenia.

Rozpoznanie choroby nowotworowej stwarza sytuację, w której chory i jego rodzina stają w obliczu wielkiej niepewności co do przebiegu choroby i jej rokowania. Na przeżywanie tego stanu istotnie wpływa poziom wiedzy na temat przyczyn powstawania nowotworów i przebiegu choroby, jak też odbiór społeczny pacjenta i jego rodziny [16, 18, 22]. Wyniki badań własnych wskazują, że wiedza badanych dotycząca choroby nowotworowej pochodziła głównie od lekarza, pozostałe informacje pozyskiwano tylko w niewielkim stopniu od pielęgniarek i rodziny. W celu poszerzenia wiedzy pacjentów, ich rodzin oraz społeczeństwa na temat profilaktyki i leczenia raka piersi należałoby organizować spotkania edukacyjne, przeprowadzać akcje edukacyjne w szkołach, różnych instytucjach i zakładach pracy. Istotne wydaje się rozpowszechnianie informacji na temat choroby nowotworowej i jej leczenia poprzez zachęcanie chorych do korzystania ze starannie opracowanych na potrzeby pacjenta profesjonalnych stron internetowych o charakterze informacyjnym. Można domniemywać, iż propagowanie przez personel medyczny książek oraz broszur zawierających wiedzę na temat choroby nowotworowej, przedstawioną w sposób prosty i przystępny, w dużym stopniu wpłynęłoby na uzyskanie dodatkowych informacji przez chorych. Należy także wskazać na możliwość korzystania z grup wsparcia (np. Amazonki), które pozwalają pacjentkom nie tylko na poszerzenie wiedzy na temat choroby nowotworowej, ale także na uzyskanie wzajemnego wsparcia psychologicznego i emocjonalnego.

Mytastikidou i wsp. wykazali, iż istnieje silny związek pomiędzy samopoczuciem rodziny chorego a nastrojem osoby chorej na nowotwór [23]. W ostatnich latach podkreśla się konieczność udzielania wsparcia psychologicznego rodzinie pacjenta, której jakość życia w związku z zaangażowaniem emocjonalnym w proces leczenia osoby bliskiej i lękiem przed jej utratą ulega pogorszeniu [24].

Wnioski

Wyniki badania wskazują na pogorszenie jakości życia chorych na raka piersi w trakcie chemioterapii prowadzonej w warunkach szpitalnych, w związku z tym niezbędne jest wielokierunkowe wsparcie pacjentek, przede wszystkim przez personel pielęgniarski, ale też przez rodzinę i lekarzy. Ze względu na wszechstronny wpływ choroby nowotworowej na życie chorych na raka piersi w trakcie leczenia cytostatycznego w warunkach szpitalnych konieczna jest zmiana modelu opieki medycznej nad tymi chorymi, nie tylko uwzględniająca skuteczniejsze łagodzenie dolegliwości somatycznych, ale także zapewniająca pacjentkom właściwą pomoc psychologiczną i socjalną. Poprzez informowanie chorych oraz wskazywanie możliwych dodatkowych źródeł wie-

dzy na temat prowadzonego leczenia, jak i pojawiających się skutków ubocznych i sposobów radzenia sobie z nimi (edukowanie pacjentów), pielęgniarki mogą zmniejszać pojawiający się u pacjentek lęk i poczucie bezradności oraz zwiększać wolę walki z chorobą i umiejętność radzenia sobie w sytuacji stresowej.

Piśmiennictwo

- Greimel E., Thiel I., Peintinger F., Cegnar I., Pongratz E. Prospective assessment of quality of life of female cancer patients. *Gynecol. Oncol.* 2002; 85: 140–147.
- Arndt V., Merx H., Stürmer T., Stegmaier C., Ziegler H., Brenner H. Age-specific detriments to quality of life among breast cancer patients one year after diagnosis. *Eur. J. Cancer.* 2004; 40: 673–680.
- Ballinger R.S., Fallowfield L.J. Quality of life and patient-reported outcomes in the older breast cancer patient. *Clin. Oncol.* 2009; 21: 140–155.
- Pandey M., Singh S.P., Behere P.B., Roy S.K., Singh S., Shukla V.K. Quality of life in patients with early and advanced carcinoma of the breast. *Eur. J. Sur. Oncol.* 2000; 26: 20–24.
- Mols F., Vingerhoets J.J.M., Coebergh J.W., van de Poll-Franse L.V. Quality of life among long-term breast cancer survivors: a systematic review. *Eur. J. Cancer.* 2005; 41: 2613–2619.
- Ganz P.A., Leedham D.K.A. Quality of life in breast cancer survivors. *J. Nat. Cancer Inst.* 2002; 94: 39–49.
- Honea N.J., Brintnall R., Given B. i wsp. Putting evidence into practice: nursing assessment and interventions to reduce family caregiver strain and burden. *Clin. J. Oncol. Nurs.* 2008; 12: 507–516.
- Mystakidou K., Tsilika E., Prpa E., Galanos A., Vlahos L. Caregivers of advanced cancer patients: feeling of hopelessness and depression. *Cancer Nurs.* 2007; 30: 412–418.
- Osoba D. Badanie jakości życia zależnej od stanu zdrowia pacjentów onkologicznych. *Nowotwory* 1993; 43: 185–192.
- Akin S., Can G., Durna Z., Aydiner A. The quality of life and self-efficacy of Turkish breast cancer patients undergoing chemotherapy. *Eur. J. Oncol. Nur.* 2008; 12: 449–456.
- Lin H.R., Bauer-Wu S.M. Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. *J. Adv. Nurs.* 2003; 44: 69–80.
- Ward W.L., Hahn E.A., Mo F., Hernandez L., Tulsy D.S., Cella, D. Reliability and validity of the functional assessment of cancer therapy — colorectal (FACT-C) quality of life instrument. *Qual. Life Res.* 1999; 8: 181–195.
- De Walden-Gatuszko K. Psychoonkologia. Radzenie sobie ze stresem spowodowanym nowotworem. Komitet Redakcyjno-Wydawniczy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Kraków 2000: 23–44.
- Floortje M., Vingerhoets J.J.M., Coebergh J.W., van de Poll-Franse L.V. Quality of life among long-term breast cancer survivors: a systematic review. *Eur. J. Cancer.* 2005; 41: 2613–2619.
- Safae A., Moghimi-Dehkordi B., Zeighami B., Tabatabaee H.R., Pourhoseingholi M.A. Predictors of quality of life in breast cancer patients under chemotherapy. *Indian J. Cancer.* 2008; 45: 3: 107–111.
- Cichosz K. Dialog z bólem. *Mag. Pielęg. Położ.* 1999; 1: 11–16.
- Jarosz M. Psychologia lekarska. Wpływ choroby na stan psychiczny pacjenta. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1988: 247–266.
- Krasuska M.E., Turowski K. Wybrane problemy pielęgnacyjne pacjentów z chorobą nowotworową. W: Krasuska M.E., Turowski K. (red.). Wybrane aspekty opieki nad pacjentem onkologicznym. Neurocentrum, Lublin 1996: 45–52.
- Weitzner M.A. Funkcjonowanie psychospołeczne i jakość życia chorych na nowotwory gruczołu piersiowego. W: Meyza J. (red.). Jakość życia w chorobie nowotworowej. Centrum Onkologii, Instytut M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa 1997: 225–248.
- Adamczak M. Choroby nowotworowe oraz ich psychologiczne i społeczne następstwa. W: Wybrane procesy poznawcze i emocjonalne u kobiet po mastektomii. Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 1983: 5–18.
- Kopczyńska-Tyczko A. Reakcje emocjonalne chorujących na nowotwór. W: Kubacka-Jasiecka D., Łosiak W. (red.). Zmagając się z chorobą nowotworową. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999: 125–142.
- Wałęcka K., Rostowska T. Samoocena i style radzenia sobie ze stresem u kobiet po operacji raka piersi. *Psychoonkologia* 2002; 6: 37–45.
- Mystakidou K., Tsilika E., Parpa E., Galanos A., Vlahos L. Caregivers of advanced cancer patients: feelings of hopelessness and depression. *Cancer Nurs.* 2007; 30: 412–418.
- Głajchen M. The emerging role and needs of family caregivers in cancer care. *J. Support. Oncol.* 2004; 2: 145–155.